

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, fondée en 1872.

PARAISANT LE PREMIER DE CHAQUE MOIS

PUBLIÉE PAR

MM. R. BOULET,
J. E. DUBÉ,

MM. L. de L. HARWOOD,
H. HERVIEUX,

MM. A. Le SAGE,
A. MARIEN.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé à M. le Dr A. LeSAGE, Rédacteur en chef
46, Avenue Laval, Montréal.

Vol. XXXVIII

1er AOUT 1909

No 8

MEMOIRES

LES PLAIES PERFORANTES DE L'UTERUS SURVENANT AU COURS DE MANŒUVRES INTRA-UTERINES

Par

AIMÉ PAUL HEINECK Chicago, Ill.,

Professeur de Chirurgie, au Relevance Medical College; Professeur de Chirurgie
Université d'Illinois; Chirurgien à l'Hôpital du
Comté Cook (Cook County).

- (a) *Revue générale de la nature et des causes qui facilitent et déterminent les perforations de l'utérus.*
- (b) *Analyse des observations publiées de 1895 à 1907.*
- (3) *Conclusions.*

Les perforations de l'utérus, quoique d'une fréquence décroissante, présentent pour le clinicien un intérêt considérable. L'utérus est perforé dans le cours de manœuvres intra-utérines bien plus souvent que ne l'admettent les auteurs. (1) Il y a peu de gynécologues qui n'aient à leur actif une ou plusieurs perforations de l'utérus. La majorité des opérateurs gardent sous silence les perforations utérines survenant dans leurs interventions, d'où résulte la prétendue rareté de ces accidents. En réalité, la fréquence des cas est supérieure à celle qui est mentionnée

dans la littérature. L'opérateur qui publie chaque cas, sans en omettre aucun, contribue, dans une large mesure, à l'étude approfondie et autorisée de ces faits d'un si haut intérêt scientifique. Dans les 3172 autopsies faites au Cook County Hospital, de février 1898 à février 1908, il n'est signalé aucun cas de perforation utérine. Dans le même hôpital, de 1903 à 1907 (5 années), sur 495 avortements et 2343 accouchements, il ne fut observé que trois cas de perforation utérine. Deux de ces malades succombèrent ; l'autopsie nous fut refusée ; la troisième guérit.

En parcourant les publications médicales anglaises, allemandes et françaises parues de 1895 à 1907 (12 années), nous avons réussi à réunir et à étudier 160 cas de perforation utérine, occasionnés par des manœuvres intra-utérines. Dans la thèse de Rebreyend (*Les perforations de l'utérus*, 1901, Paris), il est mentionné plusieurs cas que nous n'avons pas étudiés en détail. Ils n'infirmement aucunement les conclusions que nous formulons à la fin de cet article. L'extrême facilité avec laquelle la perforation se produit, l'imprévu de ce regrettable accident ont souvent surpris les opérateurs.

Afin de discuter le sujet de cet article intelligemment et sagement, il nous a paru plus convenable de classer les perforations utérines en vraies et fausses perforations. Les vraies perforations peuvent être spontanées, c'est-à-dire survenues sans application préalable d'aucune violence ; ou elles peuvent être secondaires, c'est-à-dire occasionnées par un traumatisme provoqué sur le tissu utérin, que l'agent soit de nature chimique, thermique, microbienne ou traumatique pure. (2)

La perforation peut suivre la violence de l'agent vulnérant immédiatement, ou peut apparaître tardivement. Toute plaie perforante de l'utérus constitue une vraie perforation utérine.

Les fausses ou pseudo-perforations, en fait, ne sont pas des perforations (3 a, b, c, d). Des cliniciens, ignorant la possibilité de fausses perforations ont eu recours à des opérations inutiles, et ont soumis leurs malades à des mutilations non justifiées. Ces fausses perforations, quoique d'une rareté exceptionnelle, n'en existent pas moins et rendent l'opérateur responsable de graves bévues opératoires.

On désigne sous le nom de pseudo-perforation un ensemble de

circonstances qui porte l'opérateur à croire qu'il a perforé la paroi utérine quand, en réalité, cet accident n'a pas eu lieu. Quelles sont les circonstances qui ont induit en erreur le chirurgien en lui donnant cette fausse alarme.

(a) Le passage d'une sonde utérine ou d'un autre instrument dans un utérus double (utérus didelphe, bi-partitus) peut donner à l'opérateur l'illusion d'avoir perforé l'utérus. Les deux loges d'un utérus bi-partitus étant souvent asymétriques, l'opérateur, en trouvant une différence de profondeur dans les deux loges, peut croire à l'existence d'une perforation utérine.

(b) Le cathétérisme d'un utérus unicorne peut faire commettre la même erreur. Dans l'utérus unicorne le prolongement de sa corne dans la direction de la trompe, sans ligne de démarcation, fait pénétrer l'instrument de l'opérateur plus loin qu'à l'ordinaire, d'où sa crainte, erronée du reste, d'avoir perforé l'utérus.

La pénétration d'un instrument dans une des trompes de Fallope (5a, b, c, d, e), dans une partie, ou encore mieux dans toute la longueur de cet organe, ou dans un utérus bicorne simule très bien la perforation de la paroi utérine. Dans certains états pathologiques, cette pénétration est tout à fait possible. Il en existe plusieurs cas bien vérifiés et contrôlés dans la littérature médicale. Ces faits ont été constatés dans le cours d'une opération ou sur la table d'autopsie. Watkins (5b), dans le cours d'un curettage, croyant que sa curette avait pénétré dans la cavité péritonéale, ouvre cette cavité et constate que son instrument se trouve dans la lumière de la trompe. Dans le cas de Hind (5c) l'hystéromètre est introduit dans la cavité utérine. La pénétration de l'instrument ayant dépassé la limite normale, l'opérateur croit à une perforation et ouvre la paroi abdominale. Il constate que son instrument enfle toute la longueur de la trompe. La pointe de l'instrument se montre à l'orifice abdominal de l'oviducte. Dans l'observation de Floeckinger (5a), c'est dans la trompe gauche redressée qu'a pénétré la sonde ; le fond de l'utérus était à gauche ; le col à droite ; une fois l'abdomen ouvert, Floeckinger cathétérise aussi, assez aisément, par voie utérine, la trompe droite.

Thorn (5d) rapporte deux cas de cathétérisme tubaire ; une de ses malades était atteinte d'un utérus myomateux ; chez l'autre, l'utérus était en latéroflexion et en latéroversion. Thorn, après l'introduction d'un hystéromètre dans un utérus myomateux jus-

qu'à une profondeur de 14 cm., s'aperçoit d'un manque de résistance de la paroi utérine et sent son instrument errer dans le vide. Il retire son instrument, ouvre le ventre de la malade et constate que la paroi utérine est intacte. Son instrument avait pénétré de 3 cm. dans la lumière tubaire. Ahlfeld (5), après avoir laparotomisé une de ses malades, s'aperçoit que son instrument, introduit par voie utérine, avait gagné la trompe. Néanmoins, il faut reconnaître que les faits de cathétérisme tubaire, sont d'une grande rareté. Les observations publiées à ce sujet ont été très vivement critiquées. De très compétents opérateurs refusent d'y croire tellement ces faits sont rares.

A l'état normal, le calibre de l'orifice utérin de la trompe correspond au diamètre d'un fil de soie de sanglier. Il faut aussi rappeler que les trompes occupent normalement dans le bassin une position transversale. Dans un utérus déplacé par suite d'adhérences résultant d'une inflammation artérielle ou par suite de la pression exercée sur lui par une tumeur, l'orifice d'une des trompes peut se trouver directement en regard de celui du col.

Les ligaments larges surtout et les ligaments ovariens un peu contribuent à maintenir la direction transversale des trompes. Dans ses expériences sur les cadavres, Lawson Tait n'a jamais réussi à introduire, par voie utérine, un hystéromètre dans la lumière tubaire. Il prétend qu'avec des trompes et un utérus normaux, le cathétérisme tubaire est impossible. Par voie utérine, le passage d'un instrument dans la lumière tubaire, ne peut s'effectuer avec nos moyens d'exploration intra-utérine qu'en présence de malformations congénitales, d'anomalies anatomiques, ou d'états pathologiques de l'utérus et des annexes. Soit en changeant l'axe de la cavité utérine, soit en augmentant la perméabilité des trompes, les états pathologiques suivants facilitent le passage d'un instrument dans l'oviducte: la latéro-flexion, la latéro-version, la rétention après la grossesse utéro-interstitielle ou antrale au niveau de l'ostium de quelques débris placentaires; la torsion utérine consécutive aux tumeurs; l'hématométrie ayant amené par rétention du sang menstruel et des produits sécrétés une dilatation de la cavité utérine et de la lumière tubaire, etc.

L'instrument peut s'engager dans une cavité secondaire développée à l'intérieur d'un fibrome utérin.

(e) L'impression d'avoir perforé l'utérus peut être transmise à l'opérateur par le ballonnement ou le relâchement subit de la

musculature de l'utérus (3a, b, c, d). Dans la dilatation atonique de l'utérus, dilatation dont l'existence est reconnue, le grincement de la curette contre le muscle utérin fait subitement défaut ; l'instrument paraît errer dans le vide, mais au bout de quelques instants l'utérus reprend les dimensions et la consistance qu'on lui avait primitivement assignées. L'utérus possède à toute période de la vie sexuelle la faculté de se contracter et de se relâcher alternativement, et sa musculature est sujette à des variations de tonicité plus ou moins périodiques. Ces variations constatées depuis longtemps par le palper vagino-abdominal furent aussi confirmées par les expériences de Keiffer. La contractibilité et le relâchement sont des propriétés inhérentes à tous les tissus musculaires, et le tissu musculaire utérin ne fait pas exception à la règle générale. Le système vasculaire utérin s'adapte aux relâchements et aux contractions de l'organe. Fréquemment, dans le cours d'un curettage, l'opérateur s'aperçoit que l'utérus s'allonge de un, de deux ou de trois centimètres. Cet allongement ne doit pas être pris pour une perforation : l'instrument restant en contact avec la paroi utérine prouve suffisamment qu'il n'existe pas de lésion de cet utérus.

Tout en admettant la rareté des pseudo-perforations, nous affirmons qu'il est puéril d'en nier l'existence. R. de Bovis (3a) a publié sur les pseudo-perforations une étude très documentée. Craig (6) croit avoir perforé l'utérus et ouvre l'abdomen ; il est tout surpris de trouver l'utérus et ses annexes absolument intacts. Dans le cas cité par N. Gheorghiu. (7), l'opérateur sentant sa curette s'enfoncer très profondément, dans la crainte d'avoir perforé l'utérus, ne continue pas l'opération. Le lendemain, l'hystérectomie vaginale est pratiquée. L'examen de l'utérus ne révèle aucune trace de perforation. Kossman (3b) rapporte des observations semblables.

Dans les plaies perforantes de l'utérus l'instrument vulnérant est introduit ou par la voie abdominale (8) ou par la voie vaginale. Les plaies par voie abdominale, intéressant ordinairement l'utérus gravide, surviennent dans le cours d'une laparotomie, elles s'observent aussi dans les grands traumatismes. On les rencontre aussi comme lésions accessoires des plaies pénétrantes par armes à feu ou par armes blanches de la paroi abdominale. Dans le cas exceptionnel, rapporté par Guelliot (9), un couteau traverse

la fesse gauche, passe sous l'échancrure sciatique et perfore l'utérus. Nous ne discuterons pas les perforations survenant dans le cours des accouchements difficiles. Les plaies perforantes occasionnées de dehors en dedans, quoique intéressant le même organe et traversant toute l'épaisseur de la paroi utérine, demandent à être étudiées séparément et non avec l'étude des perforations utérines, qui forme le sujet de notre communication actuelle. Leur mode de transmission, leur voie de pénétration, leur association presque constante avec de graves lésions viscérales ou autres, exigent qu'un chapitre spécial leur soit consacré.

Les plaies perforantes de l'utérus que nous nous proposons d'étudier dans cet article sont consécutives à une violence exercée sur l'intérieur du conduit utérin. Dans ces plaies, l'agent vulnérant, avant de perforer la paroi utérine, a traversé le conduit cervical, a pénétré dans la cavité utérine. Dans le cours de manœuvres intra-utérines, des utérus malades et des utérus sains (1a, b, c, d, e, f), ont été perforés ; assez fréquemment, les conséquences de cet accident furent désastreuses.

Les plaies de l'utérus, ainsi que celles des autres organes, sont des solutions de continuité des tissus. Toujours occasionnées par l'application directe d'une violence quelconque, ces plaies peuvent être reconnues immédiatement ou tardivement, ou encore passer inaperçues. Les plaies pénétrantes et les plaies perforantes de l'utérus sont absolument distinctes les unes des autres. Les premières pénètrent dans la paroi utérine ; les secondes traversent toute son épaisseur. " Pour que la lésion, plaie perforante, soit constituée, il faut et il suffit que la cavité utérine soit mise d'une façon subite et immédiate en communication avec une cavité ou un espace voisin quelconque ".

En résumé, le signe distinctif des plaies perforantes de l'utérus consiste en ce qu'elles intéressent toute l'épaisseur de la paroi utérine, qu'elles lésent toutes les tuniques de cette paroi : la muqueuse, la tunique musculaire, la séreuse (en rapport avec le péritoine dans toutes les parties de l'utérus). Ces plaies établissent une communication directe entre la cavité utérine et une cavité ou un espace voisin, la cavité péritonéale le plus souvent (11) ; rarement, la cavité vaginale (12a, b, c) ou la vessie (13r) et, avec une rareté exceptionnelle, la lumière du tube intestinal. Dans certains cas, l'instrument vulnérant, après avoir perforé une par-

tie de la paroi utérine non recouverte du péritoine, peut pénétrer dans le tissu conjonctif, entre les feuilletts du ligament large, c'est-à-dire dans le paramétrium (14a, b, c), sans entrer dans la cavité péritonéale. Dans ces derniers cas, si la violence continue à agir, un ou deux feuilletts du ligament large seront perforés et l'instrument pénétrera dans la cavité péritonéale. Il a été publié des observations où l'instrument vulnérant avait pénétré et s'était logé dans l'espace vésico-utérin (16), dans l'espace de Retzius (17), dans le cul-de-sac de Douglas (16a).

Les perforations traumatiques diffèrent entre elles par leur siège, leur nombre, leur étendue et leurs caractères anatomiques. Toute partie de la paroi utérine peut être le siège d'une plaie perforante. Dans mes deux cas (19), la paroi postérieure est le siège de la perforation ; c'est le siège de prédilection des plaies perforantes de l'utérus de dedans en dehors ; dans le cas de Van Ripper (11), la paroi antérieure est le siège d'une déchirure s'étendant verticalement du fond de l'utérus au cul-de-sac vaginal. Dans le cas de Harris et Whitney (2c), une déchirure transversale mesurant à peu près quatre centimètres se trouve sur la paroi antérieure. Dans le cas (21), la perforation s'étend de la corne droite à la corne gauche et est remplie par l'épiploon. Dans le cas (14b), la perforation, grosse comme une pièce de cinq francs, se trouve à la fois sur les faces antérieure et latérale gauche de la portion sus-vaginale du col ; dans le cas (22), c'est la paroi antérieure qui était lésée.

La perforation peut intéresser le col de l'utérus (23, 12a, b, c), le corps de celui-ci, ou l'un et l'autre ; dans le grand nombre de perforations signalées jusqu'à ce jour, le plus souvent, c'est le corps qui est le siège de la lésion. Dans la plupart de ces cas, la perforation de l'utérus est unique. Dans le cas d'Ullman (25), on trouve deux perforations ; dans celui de Schenk (26b) il y en a trois ; dans celui de Werelius (27), après l'ouverture du ventre, sept perforations sont constatées. Les dimensions des perforations rapportées sont variables. Les petites plaies, à orifices arrondis, deviennent par suite de la retractilité du tissu utérin, le plus souvent, punctiformes. C'est principalement dans les utérus friables que se rencontrent les grandes déchirures. Elles reconnaissent pour cause déterminante un instrument volumineux, une main maladroite ou affolée. Dans un de mes deux cas, après la

laparotomie, on n'aperçoit au siège de la perforation qu'une ecchy-mose sous-péritonéale. Dans le cas (24), perforation abortive produite par une sage-femme, la déchirure mesure en longueur vingt centimètres. Dans le cas de Hessert (28), la plaie est assez grande pour laisser échapper presque quatre pieds d'intestin passés de la cavité abdominale dans le vagin, à travers la perforation. Dans les grandes perforations et surtout dans celles qui sont consécutives à des tentatives criminelles d'avortement, il n'est pas rare de voir qu'une anse intestinale s'échappe de la cavité abdominale par l'orifice de la plaie. Dans le cas de Holmes (29), une anse intestinale s'engage à travers une perforation et s'échappe par le vagin. Dans le cas de Congdon (30), l'opérateur entraîne une anse intestinale de 40 1.2 cm. de longueur dans le vagin, et par un mouvement brutal tord l'anse et l'arrache. Dans l'observation de Davis (90), dans le cours de manœuvres intra-utérines, de nature abortive, l'avorteur perfore l'utérus, lacère et contusionne l'intestin à un tel degré que Davis est forcé d'en réséquer quinze pieds. Hartman, St-Louis (91), rapporte le cas d'une perforation utérine survenant dans le cours d'un curettage. Les tuniques externes de la partie supérieure du rectum avaient été blessées et la muqueuse avait été saisie et entraînée à travers la plaie utérine et arrachée à une distance de 8 cm. du pourtour de l'anus. La muqueuse de l'anse sigmoïde faisait hernie à travers l'orifice de la perforation. Dans le cas 31, l'opérateur ramène à travers la perforation six pieds d'intestin qu'il enlève avant d'en avoir déterminé la nature. Sa malade succomba. Toutes les autres malades mentionnées ci-dessus guérirent. Les perforations peuvent être de dimensions variables. Ainsi, dans l'observation publiée par Whitney (20), la perforation est assez large pour permettre le passage du fœtus dans la cavité péritonéale. Dans une certaine mesure, c'est la forme et le volume de l'instrument vulnérant qui déterminent les dimensions et le caractère de la plaie.

La perforation peut établir une communication à la fois normale et permanente entre la cavité utérine et une cavité adjacente. Tait (33), en faisant, chez une malade ovariectomisée, un curettage explorateur, perfora la paroi antérieure de l'utérus. Neuf mois après, cédant aux instances de la malade, l'utérus est enlevé. On y trouve le trajet de la perforation à demi-cicatrisée à sa partie supérieure, mais béant à sa partie inférieure. Ainsi dans

l'observation publiée par Lobdell (13), en perforant l'utérus, l'instrument créa une fistule vésico-utérine de nature chronique. Les cas 34a, b, c, nous offrent deux exemples de hernie épiploïque permanente à travers l'orifice d'une perforation traumatique. Dans la presque totalité des cas, l'opérateur, après avoir perforé l'utérus, retira immédiatement l'instrument de la cavité utérine. Néanmoins, on trouve plusieurs observations exceptionnelles, où la perforation utérine se complique de la présence de l'instrument vulnérant dans le corps de la malade, par oubli ou négligence. Généralement ces corps étrangers sont ultérieurement rejetés de l'organisme par la voie vaginale ou par la voie nouvellement créée à la suite d'un processus ulcératif, suppuratif, ou autre. Le corps perforant peut être éliminé par la rupture d'un abcès proche ou éloigné ; il peut être enlevé par acte opératoire (35, 14a) ; parfois c'est une trouvaille d'autopsie (36). Treub (17), dans un cas, trouva la bougie perforante logée dans un abcès rétro-utérin ; dans un autre cas, il enlève, dans le cours d'une opération subséquente (de l'espace de Retzius) la sonde qui avait perforé l'utérus. Johnson (37) laparotomise sa malade et trouve la bougie perforatrice presque entièrement enveloppée, presque tout-à-fait recouverte par l'épiploon. Cet enveloppement est un témoignage des efforts que la nature avait faits pour réparer le dommage causé et pour empêcher toute nouvelle blessure des organes viscéraux. Thorn (18) ouvre le ventre de sa malade et trouve la bougie perforante couchée obliquement dans le cul-de-sac de Douglas. Dans le cas de Talmey (10f), la bougie perforante est trouvée sur la face antérieure du bord interne du reir droit. Dans le cas de Bullard (38), l'aiguille à tricoter qui avait perforé l'utérus sortit après un certain temps par la paroi antérieure de l'abdomen. Dans le cas de Perl (24), on trouve l'aiguille, qui quelque temps auparavant avait perforé l'utérus, enkystée dans un abcès de la région inguinale droite duquel on la retire. Dans l'observation de Fairchild (39), l'épingle à cheveux, après avoir perforé la paroi utérine, émigra dans la partie supérieure de la cavité abdominale ; lors de l'opération, on la trouva près du diaphragme. Dans le cas de Patru (14a), la sonde perce la paroi utérine et se loge dans le paramétrium, où un abcès se développe. Cet abcès, palpable par le toucher rectal, fait saillie dans l'ampoule rectale à six ou sept centimètres de l'anüs. Par voie rectale, on incise et on

évacue cette poche purulente et la sonde en est extraite. Chez la malade de Marchand (40), un dilatateur métallique (double bougie de Hégar) perfore l'utérus, puis le péritoine pariétal, au niveau du promontoire, et peu à peu arrive à se loger entre les deux feuillets du mésentère où il séjourna près d'un an. La malade, de guerre lasse, abandonne ses médecins et s'adresse à Marchand qui détermine la cause de ses douleurs. L'extraction de ce corps étranger fut rapidement suivie d'une guérison complète.

Tout instrument, introduit dans la cavité utérine, peut léser, et peut perforer la paroi de cet organe. L'instrument le plus sûr dans des mains inhabiles peut devenir un danger pour la patiente. On trouve dans la littérature des perforations imputables aux divers modèles de sondes, de dilatateurs, de curettes (curette tournevis, incluse, 41a, b). Dans le cas 41b une curette-tournevis, après avoir perforé la paroi utérine, déchire et arrache une anse intestinale d'environ quatre-vingts centimètres de longueur. Dans les observations publiées pendant les dix dernières années, il est dit d'une façon précise, que l'instrument vulnérant, dans douze cas, est une sonde utérine ; dans dix-sept cas, un hystéromètre ; dans trente-et-un cas, un dilatateur ; dans quarante-quatre cas, une curette. Dans cinquante cas, les instruments les plus divers furent employés ; ainsi dans le cas 38, c'est une sonde cannelée qui perfore l'utérus ; dans le cas 39, c'est un fil de fer ; dans le cas 15b, une brochette de boucher ; dans le cas 18, un électrode.

Les plaies perforantes de l'utérus sont toujours accidentelles. De nos jours, on ne les occasionne plus intentionnellement. Des mains habiles, des opérateurs adroits, ont perforé l'utérus. L'accident est survenu à des opérateurs de renom ; ainsi Lawson Tait (33) perfora l'utérus ; Auvard (42), dans deux cent soixante-dix curettages, perfora l'utérus une fois. Quoique dans beaucoup de cas la perforation est produite par l'inexpérience, l'inattention, la maladresse et même la brutalité de l'opérateur, il est inexact de dire que l'accident n'arrive qu'à des mains inexpérimentées ou incompetentes. Néanmoins, il est permis d'affirmer que toute instrumentation intra-utérine est dangereuse quand elle est pratiquée par des mains inexpérimentées ou chirurgicalement malpropres. Dans la grande majorité des cas, où la perforation fut suivie de mort, l'instrument avait été introduit pour mettre fin à une grossesse non désirée. Dans plusieurs des cas fatals où

l'instrument vulnérant ne fut pas introduit pour interrompre une grossesse, des mains chirurgicalement palpropres le menèrent dans la cavité utérine. En 1873, L. E. Dupuy (43) s'exprime ainsi : " Dans les dix-sept cas que nous avons trouvés dans la science, il n'est survenu aucun accident sérieux, bien que parfois la perforation ait été produite plusieurs fois de suite chez la même femme, sans que le chirurgien ait pris la moindre précaution pour se mettre à l'abri de complications ". En 1878, Carlo Liebman (44), en rapportant deux cas de perforations utérines traitées symptomatiquement et suivies de guérison, étudie les observations publiées antérieurement (elles s'élèvent à plus de trente) et fait une revue générale du sujet. Il compare cet accident à la paracentèse, à la ponction exploratrice des organes ; mesures qui en elles-mêmes sont généralement considérées comme inoffensives. Pour lui, l'accident a peu de gravité, car il n'a connaissance d'aucun cas de perforation de la paroi utérine suivi de symptômes alarmants. Lenoir (45) s'exprime ainsi : " Il est intéressant de noter l'innocuité presque constante des perforations faites par l'hystéromètre et par la curette. Ces lésions nous ont paru intéressantes à étudier tant par leur fréquence que par leur innocuité. "

Lawson Tait (33) considère l'accident peu grave. Il n'a connaissance d'aucun cas où la perforation de la paroi utérine par l'hystéromètre fut suivie de décès. On admet généralement que cet instrument est moins dangereux que la curette. Il occasionne une petite plaie à forme arrondie, à bords unis et lisses ; tandis que la curette déchire, déchiquette les tissus, produit des perforations à bords anfractueux et irréguliers, souvent de véritables délabrements. Les auteurs, ci-dessus mentionnés, se basant sur l'étude des observations publiées et sur leur expérience clinique, sont d'avis que les plaies perforantes de l'utérus n'entraînent aucun danger important. Leur opinion est erronée. L'étude des observations des douze dernières années le démontre absolument.

Les plaies perforantes de l'utérus peuvent être accompagnées de graves complications. Parmi les principaux dangers de ces plaies on cite les hémorragies dans la cavité péritonéale, pelvienne ou générale, ou dans le tissu conjonctif du bassin ; les lésions du péritoine ; les blessures des organes abdominaux, etc. Dans vingt-trois des observations que nous avons analysées, une péritonite, à la fois suppurative et diffuse, emporta la malade.

Les lésions épiploïques et intestinales sont fréquentes. Elles furent constatées dans trente-cinq des observations recueillies. Lésions épiploïques, accidents infectieux, choc traumatique, hémorragies, blessures intestinales, tous ces accidents peuvent entraîner la mort. Dans le cas rapporté par Donald Macrae (10b), l'opérateur perfore l'utérus, et entraîne à travers l'orifice de cette perforation vingt-huit pouces d'intestin qu'il tord et arrache par des manœuvres brutales. Trois heures après l'accident, la malade meurt d'hémorragie. Quelques mois auparavant, cette femme avait eu un avortement. Après le décès on ne constata à l'examen de l'utérus aucune tare pathologique. Une anse intestinale ou des franges d'épiploon peuvent s'engager dans la fente d'une déchirure ou dans l'orifice d'une perforation utérine (20) et s'y étrangler. Il peut y avoir incarceration sans étranglement (46). Dans les deux observations rapportées par Kustner (34), les deux malades, comme suite d'un curettage pratiqué sur elles un an auparavant, avaient d'abondantes et d'irrégulières hémorragies utérines. Chez ces deux malades l'utérus fut enlevé et on constata à l'examen des pièces, que la paroi de ces deux utérus avait été perforée au cours des curettages sus-mentionnés. A travers ces perforations des franges d'épiploon s'étaient herniées et la présence de tissu épiploïque dans la cavité utérine avait déterminé les symptômes dont se plaignaient les malades. La perforation utérine peut être remplie par l'omentum (21, 47). Dans les perforations voisines du fond de l'organe, il arrive parfois à l'épiploon de s'enrouler autour de la curette et d'être entraîné par celle-ci, au travers de la perforation, dans la cavité utérine et même dans le vagin. En cas de survie, la cicatrice de la plaie utérine ne paraît exercer aucune influence défavorable sur le cours des grossesses ultérieures (22, 27, 28, 47, 48, 49, 50). Dans le cas 27, quoique l'utérus eût été perforé à sept différentes places, la malade devint enceinte ultérieurement et donna naissance à un enfant vivant venu à terme. Dans le cas 47, dans une grossesse ultérieure, on chercha sans succès le siège de l'ancienne perforation. Le cas de Hoenck (51) est le seul cas où il fut rapporté qu'il y eût eu agrandissement de la perforation dans une grossesse ultérieure. Le rapporteur attribue les difficultés de la délivrance constatées dans ce cas à la perforation utérine traumatique préexistante.

Comment parviendra-t-on à diminuer la fréquence des perforations utérines? Quels moyens possédons-nous pour amoindrir la morbidité et la mortalité de cet accident?

A. En rejetant l'emploi de tout instrument inapproprié ou défectueux.

B. En s'abstenant de toute manœuvre intra-utérine qui n'est pas positivement indiquée.

C. En s'abstenant de toute manœuvre intra-utérine lorsqu'il y a contre-indications. Parmi les dernières on mentionne les endométrites aiguës de nature septique ou gonorrhéique, les collections purulentes péritéritines, les inflammations suppuratives des trompes, des ovaires, etc. La grossesse extra-utérine contre-indique absolument tout curettage.

D. En perfectionnant sa technique opératoire.

E. En se familiarisant avec les états et les conditions qui, en altérant la paroi utérine, prédisposent aux perforations.

F. En se souvenant au cours de manœuvres intra-utérines qu'il y a des utérus, des instruments et des actes opératoires dangereux. Ainsi dans l'extirpation de fibromyomes sous-muqueux pédiculés, la cavité péritonéale peut être accidentellement ouverte (46, 52).

L'emploi de pinces placentaires dans la cavité utérine par des mains inexpérimentées est inutile et dangereux. On fait bien meilleure besogne en employant le doigt. Le tissu placentaire, les caillots sanguins et les anses intestinales communiquent au doigt des sensations bien nettes. Pour nous, l'hystéromètre est un instrument de valeur secondaire. La forme, le volume, la mobilité et la position de l'utérus dans le bassin pelvien se déterminent avec plus de précision et avec moins de danger par le toucher vaginal et la palpation vagino-abdominale combinée que par l'emploi de l'hystéromètre. En cas de nécessité on peut également avoir recours au toucher rectal. Les tiges de laminaires doivent excéder en longueur la profondeur de la cavité utérine. Quand la tige de laminaire est moins longue que la cavité utérine n'est profonde, le bout inférieur de la tige, au lieu de dépasser ou d'effleurer l'orifice externe du col, peut disparaître derrière cet orifice et s'arc-bouter contre la paroi antérieure ou postérieure du canal cervical. Dans ces circonstances, la tige de laminaire, poussée par les contractions utérines, vient poser son talon au niveau du point d'appui et pénétre, et parfois perforé, la paroi de l'organe. Les

laminaires produisent une dilatation lente du canal cervical et ne provoquent pas de déchirure du tissu musculaire du col. Pour nous cet avantage est minime, car il est plus que contre-balancé par les souffrances et par les accidents infectieux, auxquels l'emploi de ces tiges expose les malades. Nous sommes d'avis qu'il est sage d'abandonner complètement l'emploi des laminoires. Le dilateur métallique à trois branches est considéré comme dangereux ; il a été surnommé "le dilateur perforant, le dilateur perforateur par excellence". Nous l'avons banni de notre arsenal instrumental et nous déconseillons son emploi. Les bougies cylindriques, comme celles de Hégar, sont très utiles. Elles ne doivent être introduites que peu au delà de l'orifice interne du col. C'est la cavité du col utérin et non celle du corps utérin qui demande à être dilatée. La perforation du fond de l'utérus par une bougie cylindrique ou par un dilateur à deux branches est toujours attribuable à la maladresse ou à l'inattention de l'opérateur. Il est prudent de se servir de dilateurs indiquant en centimètres jusqu'à quelle profondeur l'instrument a été introduit. Pour la dilatation du canal cervical, les bougies de Hégar et les dilateurs mécaniques à deux branches et à écartement parallèle, prudemment maniés, suffisent. Il n'y a aucun modèle de curettes utérines qui ne puisse, en présence de conditions favorables, perforer l'utérus. La paroi utérine a été transpercée par des curettes à bords mousses, à bords tranchants, à bords parallèles, fenêtrées ou non, à cor ou sinueux ou non sinueux, etc. Nous préférons les curettes à tige flexible qu'on peut conformer à l'axe de la cavité utérine. Une curette pliable, arrondie et large a moins de tendance à perforer l'utérus que celle dont l'extrémité est étroite et la tige rigide. Certains modèles des curettes fenêtrées ont tendance à s'accrocher dans le muscle utérin et à en enlever des fragments. Dans le curettage, c'est surtout au moment de l'introduction de la curette, qu'on risque de perforer l'organe. Il ne faut pas être trop confiant dans la bénignité absolue du curettage utérin, car aucune manœuvre intra-utérine digitale ou instrumentale n'est exempte de dangers. Généralement c'est au cours d'une dilatation du canal cervical ou d'un curettage utérin que le chirurgien perce la paroi utérine. Pratiqués aseptiquement *secundum artem* et en présence d'indications positives, ces deux opérations sont d'une bénignité, d'une efficacité et d'une facilité d'exécution connues.

Comme dans toute autre opération, la préparation de la malade et du champ opératoire, le secours d'un aide expérimenté, les soins post-opératoires appropriés, etc., contribuent au succès.

Pour pratiquer ces deux opérations on expose le col, on le saisit avec une pince à traction et on l'abaisse. La dilatation du canal cervical est indiquée :

1. Comme utilité préliminaire, mais indispensable.
 - (a) de toute exploration intra-utérine ;
 - (b) de tout curettage ou autre manœuvre intra-utérine.
2. Comme traitement palliatif et parfois curatif de la dysménorrhée.

La dilatation ou la divulsion du col n'est pas un traitement applicable à toutes les dysménorrhées. De nombreux cas de dysménorrhées n'ont nullement bénéficié de cet acte opératoire. Il est essentiel que la ou les causes de la dysménorrhée soient précisées, car la suppression des conditions causales entraîne la disparition des symptômes. Si les symptômes dépendent d'une anté-flexion utérine, l'opération de Dudley (Chicago) est utile ; s'ils dépendent d'une sténose de l'orifice externe, l'opération de Pozzi est de valeur. Dans la dysménorrhée symptomatique d'une déviation utérine, la dilatation apporte peu ou point de soulagement. Le traitement, ici comme ailleurs, doit être dirigé contre les causes prédisposantes et déterminantes.

Le curettage utérin est indiqué :

1. Après l'accouchement ou après l'avortement, quand il y a rétention de débris placentaires occasionnant des accidents infectieux ou hémorragiques.

Pour l'enlèvement de débris placentaires et de caillots sanguins retenus dans l'utérus puerpéral, Coe, Pinard et autres préconisent l'emploi du doigt et rejettent l'usage de la curette. D'après eux, pour le curage de l'utérus puerpéral, le doigt est moins dangereux et, en vertu de sa sensibilité tactile, opère un curage plus complet. Quoique la curette soit considérée comme un agent aveugle (Le Page, Pinard, Budin), son champ d'utilité est grand. On rencontre parfois des utérus puerpéraux, où le curettage par le doigt est insuffisant, et alors on est forcé d'avoir recours à la curette.

2. Dans les cas douteux, pour affermir et préciser un diagnostic.

L'emploi de la curette comme complément de diagnostic est justifié dans les maladies suivantes: l'endométrite décédiale, la tuberculose utérine, le carcinome du col ou du corps utérin, etc. En résumé, dans toutes les inflammations et dans tous les néoplasmes intra-utérins de diagnostic difficile on est autorisé à avoir recours au curettage explorateur. Si l'existence d'un carcinome du corps utérin est soupçonnée, la curette est maniée avec douceur et on enlève pour l'examen microscopique de petits lambeaux de tissu. Le grattage avec la curette tranchante fournit des lambeaux suffisants pour l'examen. Si l'utérus carcinomateux a été soumis à un curettage antérieur, l'opérateur redouble de douceur, car un raclage trop énergique peut facilement occasionner une perforation de la paroi utérine (54, 55a, b).

3. Pour l'enlèvement de l'endométrium malade, ainsi que dans les métrites hémorragiques, le curettage constitue le traitement de choix. La muqueuse utérine n'est pas comparable aux autres muqueuses; elle jouit d'un pouvoir de régénération tout spécial. Les auteurs ne sont pas d'accord sur la valeur du curettage dans l'endométrite septique aiguë, survenant après l'accouchement ou après l'avortement. Naturellement, s'il y a rétention de débris placentaires, le curettage est d'une indication urgente. La curette ouvre les voies sanguines et les voies lymphatiques et lutte avec les agglomérations protectrices de leucocytes.

4. Pour l'enlèvement des restes d'une grossesse molaire.

5. Comme traitement palliatif de carcinomes inopérables du col utérin.

Une des plus importantes causes de danger immédiat dans l'épithéliome utérin est l'absorption de produits septiques. Les phénomènes septiques, hémorragiques et douloureux, disparaissent parfois complètement par le curettage de la masse fongueuse et par l'application de formoline sur la surface ainsi énergiquement raclée.

Quelles sont les conditions qui contre-indiquent la dilatation du canal cervical ou le curettage de la cavité utérine?

(a) L'absence d'indications positives.

(b) L'existence d'une collection purulente dans le bassin ; que cette collection soit utérine, péri-utérine ou para-utérine.

(c) Le curettage d'une malade atteinte de phlegmasia alba dolens, de thrombo-phlébite, utérine ou péri-utérine, risque d'entraîner le détachement du thrombus situé dans les veines utérines, dans celles du placenta, ou dans celles du plexus pampiniforme (Byron Robinson) (56).

D. Le perfectionnement de notre technique opératoire amènera la disparition presque complète de cet accident.

Avant de soumettre une malade à une instrumentation intra-utérine, on détermine,

(a) par le toucher vaginal ;

(b) par la palpation bimanuelle vagino-abdominale.

1. La présence ou l'absence de toutes maladies annexielles ou péri-annexielles. Le curettage a déterminé la rupture de collections purulentes de la trompe, de la région péri-tubaire, ovarienne et péri-utérine. Même l'abaissement du col par les pinces à griffes a amené déjà la rupture de poches purulentes, situées autour de la matrice.

2. Les dimensions, la forme, la mobilité et la consistance de l'utérus. S'il existe des adhérences définitives fixant ou immobilisant l'utérus, comme résultat d'une inflammation pelvienne antérieure, la perforation de la paroi de cet organe est par ce fait facilitée. En présence de pareilles circonstances, l'organe ne cède pas au choc de l'instrument utérin ; il ne s'accommode pas avec la pression exercée par la sonde, par la curette, etc.

3. La présence ou l'absence de tumeurs se développant dans la paroi ou sur la surface interne de l'organe.

4. Pour s'assurer de la profondeur et de l'axe de la cavité utérine, certains opérateurs recommandent l'emploi d'un mandrin utérin gradué ou d'un hystéromètre. Nous avons abandonné l'usage de l'hystéromètre ; nous obtenons des renseignements plus utiles et plus complets par le palper vagino-abdominal. Dans le cas 57, l'utérus est antéfléchi ; dans les cas 12c, 57, 58a, il est rétrofléchi ; dans le cas 59, il est rétroversé ; dans le cas 45, il est antéversé et dans le cas 60, il est latérofléchi.

L'existence d'une antéflexion un peu prononcée, d'une déviation du corps de l'utérus en arrière sur le col, d'une inclinaison latérale simple, si elle est méconnue, expose à la perforation. Les

utérus en mauvaise position sont, au cours de manœuvres instrumentales intra-utérines, le plus fréquemment transpercés vis-à-vis du point d'angulation. Comme la circulation est gênée, la nutrition est amoindrie au point de la flexion. Dans un utérus étrofléchi, c'est la paroi antérieure qui est le plus souvent perforée ; dans un utérus antéfléchi, c'est la paroi postérieure.

5. L'opérateur doit avoir devant lui une image, aussi définie que possible, de la topographie pelvienne de la malade qu'il opère. Ayant connaissance de la topographie pelvienne du cas particulier, en cas de perforation, l'accident étant immédiatement reconnu, toute instrumentation intra-utérine est arrêtée. Dans un cas où l'examen a démontré que l'opérateur a affaire à un utérus de dimensions, de grandeur et de position normales, l'enfoncement de l'instrument à une profondeur inusitée ou sa déviation bien au delà de la ligne médiane, sont des signes presque positifs de la perforation.

6. Dans le cours de l'opération, observez l'asepsie la plus stricte, et veillez à ce que la malade soit préparée avec les mêmes précautions aseptiques et antiseptiques que pour une laparotomie. Une complication nécessitant une laparotomie, peut survenir dans le cours de l'opération. Dans les plaies perforantes de l'utérus, qu'elles soient provoquées par la sonde, par le dilatateur utérin, ou par la curette, il est important de réduire le danger d'infection à son minimum. Nous pouvons peu contre une infection existante ; mais nous pouvons beaucoup pour empêcher l'implantation, et développement d'une infection. L'endomètre repose directement sur le myomètre. Il n'existe aucun tissu sous-muqueux, capable de retarder l'invasion d'une infection endométriale.

Certaines altérations pathologiques du tissu utérin, prédisposent aux plaies perforantes de l'utérus : —

A. Pendant les règles, pendant la grossesse, après l'avortement et après l'accouchement à terme, la musculature utérine est congestionnée, ramollie. Il faut se défier des utérus septiques et surtout des utérus de femmes récemment accouchées. D'après Tarnier, l'épaisseur de la paroi utérine, chez une accouchée à terme, est de deux à cinq millimètres (62). En curetant ces utérus aux parois congestionnées, friables, amincies, l'opérateur avisé ne manie pas son instrument vigoureusement, n'essaye pas d'obtenir le "cri utérin" (61), n'oublie pas qu'il est dangereux d'exercer

une pression sur ce myomètre ramolli. On entend par cri utérin, le bruit et la sensation déterminés par le raclage énergique de la paroi utérine avec la curette. En recherchant ce cri dans un utérus ramolli, on risque de perforer la paroi de cet organe.

La bibliographie des cas que nous avons étudiés se trouve à la fin de notre article. Quatorze de ces perforations intéressent des utérus puerpéraux. Sur ces quatorze malades, sept succombèrent. On y trouve soixante-cinq utérus perforés au cours de tentatives criminelles d'avortement ou au cours de manœuvres intra-utérines, pratiquées pour remédier aux accidents d'un avortement. Sur ces soixante-cinq malades, il y eut vingt-cinq décès.

B. Atrophies de l'utérus. — Les différentes formes d'atrophie utérines amènent un affaiblissement de la part de cet organe et peuvent être considérées comme prédisposant à la perforation.

L'atrophie du tissu musculaire utérin avec prolifération du tissu fibreux interstitiel, se rencontre dans beaucoup de maladies chroniques. Parmi ces maladies, on cite la tuberculose pulmonaire, le diabète, la leucocythémie, la chlorose, l'anémie pernicieuse, le goître exophtalmique, la maladie d'Addison, etc. L'atrophie utérine se rencontre assez fréquemment après les maladies infectieuses aiguës, telle que la fièvre typhoïde. Dans l'utérus sénile, on a démontré les changements suivants: —

(a) L'atrophie de la muqueuse et des éléments musculaires.

(b) Une disproportion considérable anormale entre la quantité du tissu conjonctif et celle du tissu musculaire.

(c) La sclérose des vaisseaux.

(d) L'atrophie du réseau élastique. Le cas 33 a rapport à un utérus sénile siège de fibryomes.

Emil Ries, Chicago, démontra dans l'utérus puerpéral septique les changements pathogéniques suivants: —

(a) L'absence de la muqueuse.

(b) La dégénérescence hyaline des vaisseaux.

(c) La dégénérescence et la nécrose de la musculature utérine.

(d) Tromboses disséminées.

C. Les néoplasmes de l'utérus ne doivent pas être oubliés parmi les causes de friabilité de cet organe. Il faut manier la curette avec prudence dans les utérus atteints de néoplasmes malins. Il suffit d'une violence très minime pour perforer un utérus arcinomatoux et sarcomateux. Ces néoplasmes ont donné naissance à des perforations spontanées. (65).

D. Les inflammations utérines.

Les inflammations utérines, aiguës ou chroniques, circonscrites ou diffuses, de localisation sous-muqueuse, intra-musculaire ou interstitielle, ou sous-péritonéale, entraînent toujours un affaiblissement de la paroi utérine. Dans le cas 66, l'utérus perforé est le siège d'une myométrite œdémateuse, dans l'observation 67, d'endométrite fongueuse, dans le cas 68, les sutures d'une opération antérieure s'ulcéraient, se frayaient un passage à travers la paroi utérine. Toute inflammation septique, grave et prolongée, rend le tissu utérin friable et ainsi prédispose aux perforations. La tuberculose de l'utérus, soit par la formation d'abcès, soit par la formation de cavernes, peut elle-même occasionner des perforations.

L'inflammation utérine se termine en résolution, en ulcération, en suppuration, ou en gangrène. Nous allons considérer brièvement les abcès utérins (68a, b, c, d), et les gangrènes de cet organe.

Dans plusieurs des observations qui figurent dans la littérature, ces deux états, abcès utérin et gangrène utérine, isolément ou ensemble, exercèrent une influence causale. On ne nie plus l'existence d'abcès utérins, car la littérature en renferme des observations d'une authenticité vérifiée et contrôlée (70a, b, c, d). L'abcès utérin est aigu, sous-aigu ou chronique, primitif ou secondaire. L'abcès utérin peut déterminer des symptômes exigeant une intervention hâtive, peut être latent et n'être qu'une trouvaille de table opératoire ou d'autopsie. Dans la forme primitive, la collection purulente a son origine dans la paroi utérine ; dans la forme secondaire, l'origine de l'abcès est dans un tissu avoisinant (abcès de l'utérus par continuité) ou à distance (abcès embolique de l'utérus). L'abcès primitif et l'abcès embolique ont toujours leur point de départ dans la paroi utérine ; souvent durant toute la durée de leur existence, ils restent circonscrits par le tissu utérin. L'abcès primitif est presque toujours post-puerpéral ou post-abortif. L'abcès secondaire (par continuité) est entouré, en partie, par le tissu utérin et, en partie, par un tissu ou des organes environnants. L'abcès utérin est unique ou multiple ; sous-muqueux, intra-musculaire, ou sous péritonéal. Il y a des abcès de la paroi antérieure (70c) ; il y en a de la paroi postérieure (70b). L'abcès utérin est toujours de nature infectieuse et résulte d'une inoculation directe, soit par voie lymphatique, soit par voie sanguine. Les abcès utérins emboliques sont des raretés pathologiques. Pour

L'abcès primitif la voie d'entrée des microbes pathogènes est presque toujours une solution de continuité pathologique, chirurgicale ou traumatique de la muqueuse utérine. Ordinairement les germes incriminés sont les bactéries pyogènes, facultatives ou obligatoires. On cite des abcès d'origine tuberculeuse. Dans le cas de Menge (69b), la présence du gonocoque a été constatée microscopiquement et il n'y a eu dans ce cas, semble-t-il, aucun accident obstétrical antérieur à l'apparition de la métrite. A part quelques rares cas, les bactéries pyogènes sont les organismes causatifs. Après l'avortement, les abcès dus à la thrombo-phlébite infectieuse (thrombo-phlébite infectieuse, péri-thrombo-phlébite suppurative, abcès) sont d'une fréquence relative.

Tout abcès utérin attaque la solidité de la paroi utérine. Le siège de l'abcès est toujours un foyer plus ou moins circonscrit, de résistance amoindrie. L'abcès peut s'ouvrir spontanément ou accidentellement dans le rectum (cas de Schroeder, cas de Bird 69a), dans la vessie (Berrutti), dans la cavité utérine, dans la cavité péritonéale, etc. La rupture accidentelle de l'abcès, et dans la cavité utérine, et dans une cavité ou un espace environnant, nous donne une perforation spontanée. L'observation de Porak (70) a rapport à un abcès utérin aboutissant à une perforation spontanée. Porak avait affaire à un utérus puerpéral, renfermant plusieurs abcès, dont un s'était ouvert à la fois dans la cavité utérine et dans la cavité péritonéale, ayant déterminé une perte de substance de la largeur d'une pièce d'un franc. Dans le cas de Mauclair (71), à l'endroit de la perforation, il y avait un abcès qui s'étendait presque jusqu'au péritoine.

La gangrène de l'utérus prédispose aux perforations. La gangrène utérine est circonscrite ou diffuse ; elle intéresse une partie ou toute l'épaisseur de la paroi utérine, et est due à des causes chimiques, traumatiques inflammatoires, ou néoplasiques ; elle est spontanée ou secondaire. Gottschalk (72) rapporte un cas de gangrène utérine puerpérale. Le tissu nécrosé comprenait toute la muqueuse et une partie de la musculature utérine. Gottschalk dit que des injections intra-utérines d'alcool 60 p. c. données à la malade, provoquèrent la gangrène. L'usage intra-utérin de caustiques a déterminé quelques cas de gangrène.

La métrite gangréneuse prédispose aux perforations traumatiques et est compliquée parfois de perforations spontanées. Boeck-

man, St. Petersbourg, dans quarante cas de métrite dis-cuante (gangrène utérine puerpérale), rencontra six cas de perforation spontanée.

A l'examen de l'organe, il est parfois difficile de dire si la gangrène est consécutive à une inflammation traumatique ou si la perforation est secondaire à une gangrène utérine (73). Dans le cas de Winter, la gangrène est secondaire à la perforation. Elle siégeait sur la paroi postérieure. Il y avait une prédominance marquée des germes saprophytes. La gangrène inflammatoire agrandit la lésion traumatique et peut porter l'opérateur à croire que la perforation est d'origine spontanée. Maygrier (75) rapporte deux cas de gangrène consécutive après l'avortement. Dans ces cas, la violence était absente comme facteur causal. Schmidlechner (76), rapporte un cas de gangrène utérine consécutive à un avortement. L'utérus présentait une gangrène de toute la paroi cervicale et du tiers inférieur de la musculature du corps utérin. Toute cette partie était transformée en une bouillie gris-brunâtre.

Conclusions.

I. Les fausses perforations utérines, quoique d'une rareté exceptionnelle, constituent une entité clinique, dont le chirurgien ne doit pas ignorer l'existence.

2. La paroi utérine est parfois le siège de perforations spontanées, dues à la préexistence d'altérations pathologiques des tuniques de cet organe.

3. Les plaies perforantes de la matrice, intra-péritonéales ou extra-péritonéales, ont une morbidité et nécessairement une mortalité. L'inexpérience, la négligence et la malpropreté chirurgicale de l'opérateur exercent une influence directe sur la morbidité et la mortalité des perforations traumatiques. L'opérateur expérimenté s'aperçoit immédiatement de cet accident et institue à temps le traitement nécessaire. Ainsi que le démontrent beaucoup d'observations, un chirurgien habile peut convertir un cas en apparence désespéré en une guérison. Dans les cas que nous avons recueillis on compte quarante-deux décès et cent-huit guérisons ; dans dix cas, il n'est pas fait mention des résultats. Soixante-six malades furent soumises au traitement expectant. Vingt-et-une de ces malades succombèrent. Dans soixante-douze cas, les malades furent

laparotomisées et soumises aux manœuvres intra-abdominales indiquées dans chaque cas particulier. Cette série donna cinquante-deux guérisons, dix-sept décès et trois résultats indéterminés. L'hystérectomie vaginale fut pratiquée quinze fois. Il y eut dix guérisons, quatre décès, un résultat indéterminé.

4. La dilatation du canal cervical et le curettage instrumental de la cavité utérine, vu leurs dangers, ne sont pas des opérations de cabinet. Durant le cours de ces deux interventions, généralement bénignes, il peut surgir des accidents nécessitant une expérience clinique et une technique opératoire du plus haut degré. Pour ces opérations, en absence de contre indications, on aura toujours recours à l'anesthésie générale. La ligne de conduite sera :

a. Point de curettage utérin sans anesthésie générale. Une malade non anesthésiée peut, par un mouvement brusque ou inopportun, par un subresaut, embrocher son utérus sur l'instrument introduit dans la cavité utérine. L'anesthésie générale, amène un relâchement musculaire qui permet la dépression de la paroi abdominale et la délimitation, la fixation du fond de l'utérus.

b. Point de curettage utérin sans ample dilatation du canal cervical. Un canal cervical non dilaté conjure avec le sens tactile et avec la manipulation satisfaisante de l'instrument intra-utérin. La fixation du col est le premier temps de toute dilatation du canal cervical.

5. Les manœuvres instrumentales intra-utérines ne seront pratiquées que par

a. Ceux qui ont une connaissance pratique de la chirurgie moderne antiseptique et aseptique. Par l'emploi d'instruments stérilisés, on diminue notablement les dangers de perforations. L'infection a des dangers immédiats et tardifs.

b. Ceux qui sont capables de reconnaître les diverses viciations utérines, ainsi que les états pathologiques de ce organe et des organes voisins, même l'abaissement du col jusqu'à l'orifice vulvaire a amené la déchirure d'adhérences péritonéales et la rupture de poches purulentes.

c. Ceux qui connaissent les dangers qui peuvent survenir pendant les différents temps de l'opération, qu'ils sont sur le point d'entreprendre. Le dilatateur métallique est un instrument trop puissant et la curette est une arme trop dangereuse pour être confiés à des mains novices ou inexpérimentées.

6. Après perforation de la paroi de l'organe, on doit suspendre toute instrumentation intra-utérine. L'opérateur s'aperçoit immédiatement de l'erreur commise, car l'instrument pénètre tout-à-coup à une profondeur inaccoutumée. Si l'évacuation de l'organe est indiquée, on l'obtient par le curage digital, procédé nullement aveugle. Après la laparotomie préalable, permettant la surveillance du fond de l'organe, certains opérateurs pratiquent, même après la perforation, la détersion instrumentale de la cavité utérine.

7. Il est inutile, il est dangereux d'écouvillonner un utérus perforé. Dans les cas 38 et 77, on eut recours à l'écouvillonnage avec de l'acide phénique. Les deux malades moururent.

8. Après perforation de la paroi de l'utérus, on ne pratique jamais l'irrigation de la cavité utérine. Voyez les dix-sept cas où l'utérus fut irrigué pendant ou après la perforation utérine. Dans cette série, on compte six guérisons (17, 49, 57, 78, 79) et onze décès (22, 47, 63, 80, 81, 82, 83). Dans les cas 49 et 57, il résulta un empoisonnement mercuriel par l'emploi d'une solution au sublimé comme liquide antiseptique ; la convalescence en fut retardée. Dans l'observation 78, une once d'une solution aqueuse de créoline à 1%, pénétra dans la cavité péritonéale. Brothor (22), en rapportant un cas où l'utérus perforé fut irrigué, dit : " Je n'ai jamais vu dans toute ma vie une plus grande souffrance physique." Le liquide irrigant peut entraîner dans la cavité péritonéale ou dans d'autres espaces, les agents et les produits septiques, contenus dans la cavité utérine. Le grand pouvoir absorbant du péritoine rend possible le danger d'intoxication. Dans toutes les observations, où il est précisé qu'après perforation l'utérus ne fut pas irrigué, il y eut guérison (10a, 12c, 19, 22, 29, 31, 33, 47, 67, 71, 85, 86a).

9. L'hystérectomie vaginale ne peut pas compter dans le traitement des plaies perforantes de l'utérus, parce que :

a. Cette opération entraîne l'enlèvement d'un organe qui n'est peut-être pas le siège d'une perforation.

b. Cette opération entraîne le sacrifice d'un organe qui, quoique perforé, peut, sans grande difficulté pour l'opérateur et avec grand avantage pour la malade, presque toujours être conservé.

c. Cette opération ne permet pas à l'opérateur de déterminer

avec exactitude la présence ou l'absence d'autres lésions intra-abdominales, viscérales ou vasculaires.

d. Cette opération ne permet pas la réparation des lésions intra-abdominales, occasionnées par l'instrument vulnérant.

10. Si la cavité utérine est relativement aseptique, si la perforation a été produite dans le cours d'une manœuvre intra-utérine aseptique et s'il y a absence de lésions intra-abdominales compliquantes, généralement, la femme guérit sans incident. Il y a absence de réaction péritonéale. Du tissu cicatriciel, après un intervalle plus ou moins long, comble le trajet de la perforation. Quant au sacrifice de l'utérus, on ne devra s'y résoudre, que dans des cas extrêmement rares, soit pour des délabrements irréparables, soit pour une affection de l'organe même, tel qu'un cancer.

11. Dans le traitement des plaies perforantes de l'utérus, l'opérateur est forcément influencé par les conditions suivantes :

A. La septicité ou l'asepticité de l'organe et de son contenu.

B. La septicité ou l'asepticité de l'instrument vulnérant.

C. L'existence ou l'absence de lésions co-existantes, vasculaires, épiploïques, ou intestinales.

D. L'étendue et le nombre des perforations. Au travers d'une large déchirure, l'épiploon peut être hernié. Il peut y avoir engagement ou étranglement d'une anse intestinale dans le trajet d'une perforation.

12. Traitement :

a. Si l'utérus est relativement aseptique, si l'instrument perforant a été stérilisé, si l'on peut avec raison croire qu'il y a absence d'importantes lésions épiploïques, intestinales, ou vasculaires, le traitement sera purement expectant. On alite la malade pour trois jours et pendant cet intervalle, son pouls, sa température, son facies et son abdomen sont surveillés attentivement. Si, au bout de ce temps, l'état de la malade est satisfaisant, il lui est permis de se lever. Des symptômes d'hémorragies internes, de formation de poches purulentes, etc., forcent l'opérateur à intervenir chirurgicalement. Si on introduit une bandelette de gaze dans le canal cervical, il ne faut pas l'enfoncer au delà de l'orifice interne.

b. Une laparotomie est indiquée d'une manière urgente dans tous les cas :

1. Où il y a eu passage d'épiploon ou d'intestin dans la cavité

utérine. Dans le cas d'Ullmann (25f), l'intestin déchiré et contusionné est descendu dans le vagin. On ouvrit le ventre et on réséqua deux mètres et vingt centimètres d'intestin.

2. Où la plaie perforante est accompagnée de lésions intestinales ou épiplœiques.

3. Où une grave hémorragie interne est à craindre.

c. Une fois le ventre ouvert, l'opérateur explore l'abdomen, procède à la réparation des lésions viscérales, ainsi qu'à la toilette de la cavité péritonéale. Si la perforation est petite, il n'est pas nécessaire de la suturer ; si elle est grande, on ne peut pas compter sur la contractilité de l'utérus pour fermer une perforation de de quelque étendue ; si elle tient de la nature d'une déchirure, d'une plaie béante à bords contus, on la suture. On peut suturer en bloc ou par étages ; si la plaie saigne, qu'elle soit grande ou petite, quelques points de suture arrêteront l'hémorragie. Dans les cas suivantes : 10a, 14c, 20, 22, 31, 47, 50, 84, 87, 88, 89a, 89b, les opérateurs suturèrent, à l'exception des cas 10a, 20, 89a, toutes ces malades guérirent. Dans ces trois cas fatal, il fallut réséquer l'intestin et faire une anastomose intestinale circulaire. Certains opérateurs (Jarman (84) emploient deux rangées de sutures superficielles et profondes). Dans le cas 88, Couillioud pratiqua, après avoir perforé l'utérus, la bascule du corps utérin par le cul-de-sac antérieur. Il vit la perforation, la sutura et établit un drainage. Il y eut guérison. Il y a des cliniciens qui sont d'avis de laparotomiser chaque plaie perforante de l'utérus. Ils prétendent qu'en absence d'une laparotomie,

I. il est difficile d'être certain du nombre et de l'étendue des perforations.

2. l'aspect péritonéal de la perforation peut être le siège d'une hémorragie.

3. il est difficile de déterminer la présence et l'étendue des lésions viscérales.

13. Les perforations de l'utérus après cicatrisation ne paraissent exercer aucune influence défavorable sur les grossesses et les accouchements ultérieurs.

BIBLIOGRAPHIE

1. J. F. Baldwin. — The Uterine Curette : Its Use, Abuse and Dangers. — *Lancet Clinic*, Cincinnati, 1908, Vol. 99, p. 354.
2. Callen, Thos. S., Multiple Perforation of the Uterus Due to a Macerated Fetus. *Journal of the A. M. A.*, 1907, Vol. 48, p. 1494.
- 3a. LeBovis, Les pseudo-perforations de l'utérus en cours des opérations intra-utérines, *La Semaine Médicale*, Vol. 26, 1906, p. 253.
- 3b. Kosman, R., Münch, *Med. Wochensch.* Paralyse des nicht schwangeren Uterus, 1900, mars 20. Vol. 47-I, p. 304.
- 3c. Van Tussenbroek, Catharine, Über wechselnden Tonus des Gebärmuttermuskels mit Bezug auf die Gefahr einer Perforation bei der Curettage, *Zentralbl. f. Gynäk.* Leipzig, 1905, Vol. 29-I, p. 1054.
- 3d. Asch, Robert, Die Erschlaffung des nicht schwangeren Uterus, *Zentralbl. f. Gynäkol.*, Leipzig, 1905, Vol. 29-I, p. 1250.
4. Blondel. — Un cas d'utérus bi-partitus ayant donné l'illusion d'une perforation au cours d'un Curettage. — *Annales de Gynécologie*, 1898, Vol. 50, p. 157.
- 5a. Floeckinger, F. C., Ein positiver Fall von Sondierung der Fallopischen Tuben *Zentralbl. f. Gynäkol.*, Leipzig, 1898, p. 928.
- 5b. Thomas J. Watkins, discussion, *Am. Journ. of Obst.* 1905, Vol. 51, p. 126.
- 5c. Hind, Wl, On the passage of the Uterine Sound into a Fallopian Tube, *Brit. Med. Journ.*, London, 1898, Vol. 2, P. 1489.
- 5d. Thorn, W., Tubensondierung und Uterus perforation, *Zentralbl. f. Gynäkol.* Leipzig, 1904, Vol. 28-II, p. 1072.
- 5e. Ahlfeld, F., Ueber Durchgängigkeit der Tuben, *Zentralbl. f. Gynäk.*, Leipzig, 1902, Vol. 26, p. 1072.
6. Daniel, H., Craig, The Dangerous (?) Operation of Uterine Curettement, *New York Medical Journal*, 1904. Vol. 79, p. 535.
7. Cheorghiu, J., Th(ese de Paris, 1900, p. 43.
8. Rebreyend, P., Les perforations chirurgicales de l'utérus en dehors de l'hystérométrie et du Curettage, *Revue de Gynécologie et de Chir. Abdom.*, Paris, 1901, Vol. 5, p. 263.
9. Guelliot, Coup de couteau ayant pénétré à travers l'échancrure sciatique jusqu'à l'utérus gravide et jusqu'au fœtus, *Bull. et Méd. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1886, Vol. 12, p. 337.
- 10a. B. K. Browd, The Use and Abuse of Curettage of the Uterus, *Med. Rec. N. Y.*, 1905, Vol. 67, p. 131.
- 10b. Macrae, Donald, discussion, *Western Surgical and Gynecological Transactions*, Chicago, 1903, p. 57.
- 10c. Patru, *Revue Méd. de la Suisse Romande*, mars 4, 1896.
- 10d. Hall, Rufus, B., discussion, *Am. Journ. of Obst.*, N. Y., 1906, Vol. 54, p. 640.
- 10e. Thorn, W., Tubensondierung und Uterusperforation, *Zentralbl. f. Gynäkol.* Leipzig, 1904, vol. 28-II, p. 1072.
- 10f. Talmey, B. S., Foreign Bodies in the Uterus, *New York State Journal of Med.*, 1907, Vol. 7, p. 318.
11. C. S. Van Riper, A Case of Traumatic Rupture of Uterus with Laceration and Strangulation of Small Intestines ; Operation ; Recovery, *Med. News*, N. Y., 1896, Vol. 69, p. 205.
- 12a. Jeanne, la perforation du col utérin par les laminaires, au cours de la dilatation, *La Gynécologie*, Paris, 1904, Vol. 9, p. 276.

- 12b. Le Masson, Plaie perforante du col de l'utérus par une tige de laminaire, *Annales de Gynécologie et d'Obst.* 2ième Série — Tome 3, Paris, 1906, p. 406.
- 12c. Kuntzsch, Ueber instrumentelle Uterus-perforation, *Zentralbl. f. Gynäkol.*, Leipzig, 1907, Vol. 31-II, p. 1590.
13. Dr Effie L. Lobdell, discussion, *Am. Journ. of Obst. N. Y.*, 1905, Vol. 51, p. 127.
- 14a. Patru, *Rev. Méd. de la Suisse Romande*, mars 4, 1896.
- 14b. Hivet, Rupture probablement traumatique de l'utérus au 3e mois de la grossesse, suivie de l'expulsion de fœtus et de ses annexes dans le ligament large gauche. *Bull et Mém. de la Soc. d'Obst. et de Gynécol. de Paris*, 1898, p. 75.
- 14c. Kuntzsch, Ueber instrumentelle Uterus-perforation, *Zentralbl. f. Gynäkol.*, Leipzig, Vol. 31-II, 1907, p. 1590.
- 15a. Kelly, H. A., *Operative Gynecol.*, New York, 1901, p. 482.
- 15b. Andrews, F. T., Discussion, *Am. Journ. of Obst.*, N. Y., 1905, Vol. 51, p. 127.
16. Ludwig, Discussion, *Zentralbl. f. Gynäkol.*, Leipzig, 1907, Vol. 31-II, p. 1482.
17. Treub, Uterus-paralyse und Perforation, Discussion, *Zentralbl. f. Gynäkol.*, Leipzig, 1906, Vol. 30-II, p. 802.
18. Thorn, W., Tubensondierung und Uterusperforation, *Zentralbl. f. Gynäkol.*, Leipzig, 1904, Vol. 28-II, p. 1072.
19. A. P. Heineck, Perforating Wounds of the Uterus Inflicted During the Course of Intra-Uterine Instrumentation, *Surg. Gynecol. and Obst.*, Chicago, 1908, Vol. 7, p. 424.
20. Francis A. Harris and Wm F. Whitney, Criminal abortion, Perforation of the Uterus with Passage of the Fetus into the Abdominal Cavity and Prolapse of the Intestine. Death. Dismemberment. *Boston Med. and Surg. Journ.*, 1906, Vol. 155, p. 739.
21. Hall, Rufus B., Discussion, *Am. Journ. of Obst.*, N. Y., 1906, Vol. 54, p. 640.
22. Brothers, A., *Am. Gynecol.* New York, 1903, Vol. 2, p. 323.
23. Caruso F., Ueber die Entstehungsweise der Uterusperforation bei der Ausschabung *Zentralbl. f. Gynäkol.*, Leipzig, 1902, Vol. 26, p. 1349.
24. Perl. Ein interessanter forensischer Fall von Fruchtabtreibung mit Perforation des Uterus und Spontaner Heilung, *Zentralbl. f. Gynäkol.*, Leipzig, Vol. 28-II, p. 1568.
25. Ullman, Lésion de l'intestin à la suite d'une perforation instrumentale de l'utérus *Rev. de Gynecol. et de Chir. Abdom.*, Paris, 1903, Vol. 7, p. 1083.
- 26a. Schulze-Vellinghausen, Ad., Beitrag zur instrumentellen Perforation des Uterus, *Zentralbl. f. Gynäkol.*, Leipzig, Vol. 26, p. 723.
- 26b. Schenk, Ferdinand, Zur instrumentellen Perforation des Uterus; *Münch. Med. Wochensch.* 1901, Vol. 48-I, p. 888.
27. Werelius, Alex. Successful Resection of Twelve Feet and Two Inches of the Ilium. — In case of Criminal Abortion, *Journ. A. M. A.*, 1907, Vol. 48, p. 945.
28. Hessert, William, Accidental Perforation of the Uterus During Curettage. — A case with Bowel Injury and Resection of Four Feet of Small Intestine, *Am. Journ. of Obst.*, N. Y., 1905, Vol. 51, p. 26.

29. Holmes, Rudolph W., Discussion, Am. Journ. of Obst., N. Y., 1905, Vol. 51, p. 125.
30. Congdon, C. E., Abdominal Section for Trauma of the Uterus, Am. Journ. of Obst., N. Y., 1906, Vol. 54, p. 618.
31. Mann, Matthew D. Perforation of the Uterus After Abortion with Prolapse of Intestine, Am. Journ. of Obst. N. Y., 1895, Vol. 31, p. 603.
32. Brouardel, L'avortement, Paris, 1903, p. 344.
33. Tait Lawson, Perforation of Uterus by Sound or Curette, Lance!, London, 1895, Vol. 2, p. 326.
34. Kutzer, Otto, Einbeilen von Netzperitien in die Uterushöhle nach Perforation mit der Curette, mit Bemerkungen über Vermeidung und Therapie der Curetten-perforation überhaupt, Monatsschr. f. Geburshilfe und Gynäk., Berlin, 1903, Vol. 18, p. 246.
35. Von Braun, Fernwald Richard, Zur instrumentellen Beendigung des Abortus, Zentrallbl., f. Gynäk., Leipzig, 1904, Vol. 28-I, p. 1096.
36. Cullen, T. S., Fatal Puerperal Pepsis Due to Introduction of an Blm Tent, Johns Hojkins Hops. Reports, 1897, Vol. 6, p. 109.
37. Johnson, Joseph Taber, Perforation of the Uterus by a No. 8 Flexible Bougie, Introduced to Induce Abortion, Am. Journ. of Obst., N. Y., 1902, Vol. 45, p. 453.
38. John W. Bullard, Discussion, Western Surg. and Gyn. Transactions, Chicago, 1903, p. 60.
39. Fairchild, Accidental Perforations of the Uterus, Journ. A. M. A., 1904, Vol. 42, p. 944.
40. M. A. Marchand, Présentations de pièces, Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris, 1897, Vol. 23, p. 535.
- 41a. Schultz, N. H., Perforation of the Uterus, Medical Brief, St. Louis, 1904, Vol. 32, p. 518.
- 41b. Walker, Edwin, Discussion, Am. Journ. of Obst., N. Y., Vol. 14, p. 539.
42. Auvard, Curage et Perforation Utérine, Archives de Tocologie et de Gynécol., Paris, 1894, Vol. 21, p. 581.
43. Dupuy, L. E., De la perforation des parois utérines par l'hystéromètre, Progres Médical, Paris, 1873, Vol. 1, p. 109, 134, 171, 195.
44. Carlo Liebman, De la perforation des parois utérines avec l'hystéromètre, Archives de Tocologie et de Gynécol., Paris, 1878, p. 740.
45. Lenoir, Olivier, Les perforations utérines dans les opérations pratiquées par la voie vaginale, Thèse de Paris, 1898.
46. Frederick C. C., Punctured Uterine Wall, Am. Journ. of Obst., N. Y., 1901, Vol. 44, p. 684.
47. Morlet André, Perforations de l'utérus puerpéral post-partum et post-abortionum, Thèse de Paris, 1895.
48. Dudley, A., Palmer, Discussion, Transactions Am. Gynecol. Soc., Philadel., 1905, Vol. 30, p. 21.
49. Roberts, Hubert, Two Cases of Rupture of the Uterus, Lancet, London, 1896, Vol. 2, p. 1748.
50. Grinstead, W. F., Two Accidents in Pelvic Surgery, St. Louis Clinique, 1907, Vol. 20, p. 39.
51. Honck, E., Ueber, einen seltenen Fall von Gebärmutterzerreissung, Münch Med. Wochenschr, 1904, Vol. 51-I, p. 801.

52. Mackenrodt, Discussion, Zeitschr. f. Geburtshülfe und Gynäkol., Berlin-Würzburg (Stuttgart), 1896, Vol. 35, p. 145.
53. Mercklen, Prosper et Jacometa. Un cas de cancer latent du corps de l'utérus, Bull. de la Soc. Anatomique de Paris, 1898, Vol. 12, p. 180.
54. Von Guérard, Zur instrumentellen Zerreißung des Uterus, Zeitschr. f. Gynäkol., Leipzig, 1901, Vol. 25, p. 1138.
- 55a. Vchiller, Discussion, Zentralbl. f. Gynäkol., Leipzig, 1905, Vol. 29-I, p. 795
- 55b Krecke, Perforierter Carcinomatöser Uterus, discussion, Monatschr. f. Geburtshülfe und Gynäkol., Berlin, 1898, Vol. 8, p. 419.
56. Byron Robinson, The Sharp Curette, within de Uterus, N. Y. Med. Journ., 1906, Vol. 83, p. 127.
57. Beuttner, Oscar, Über ein eigentümliches Verhalten des Uterus beim Einführen von Instrumenten, Zentralbl. f. Gynäkol., Leipzig, 1897, Vol. 21, p. 1271.
- 58a. Queisner, H., Zur instrumentellen Perforation des Uterus, Zentralbl. f. Gynäkol., Leipzig, 1898, Vol. 22, p. 278.
59. Rosenfeld, Zur instrumentellen Perforation des Uterus, Zentralbl. f. Gynäkol., Leipzig, 1898, Vol. 22, p. 278.
59. Odebrecht, Ernst, Bemerkung zu dem Aussatz; Über ein eigentümliches Verhalten des Uterus beim Einführen von Instrumenten von Privatdozent Dr. Oscar Beuttner in Genf. Zentralbl. f. Gynäkol., Leipzig, 1897, Vol. 21, p. 1442.
60. Pichevin, Semaine Gynécologique, Paris, Avril 7, 1904.
61. Jeannin, Traitement des Péritonites puerpérales généralisées, L'Obstétrique, Paris, 1906, mai, vol. 11, p. 211.
62. Tarnier et Chantreuil, Traité d'accouchements, Paris, 1882. p. 192, vol. 1.
63. Bacon et Herzog, Fatal Perforation of a Uterus Partially Atrophied Post-Partem, Am. Journ. of Obst., N. Y., 1899, Vol. 40, p. 753.
64. Halban, Ein Fall von instrumenteller Perforation des Uterus, Zentralbl. f. Gynäkol., Leipzig, 1904, Vol. 28-I, p. 1412.
65. Picquet, et Glaeys, Perforation de l'utérus par un cancer du col, Bull. et Mém. de la Soc. Anatomique de Paris, 1905, Vol. 7, p. 911, 6ième, Série.
66. Kentmann, Hans, Myometritis Œdematosa und Sondenperforation, Monatschr. f. Geburtshülfe und Gynäkol., Berlin, 1898, Vol. 8, p. 333.
67. Theilhaber, Discussion, Sondenperforation des Uterus, Monatschr. f. Geburtshülfe und Gynäkol., Berlin, 1898, Vol. 8, p. 420.
68. Polak, Jno. A., A Case of Instrumental Rupture of the Uterus, Med. News, N. Y., 1899, Vol. 74, p. 555.
- 69a. Bird, Frederick, Case of Abscess in the Walls of the Uterus, Communicating with the Rectum, Lancet, London, 1842-1843, Vol. 2, p. 645.
- 69b. Salva, Marcadé, Les abcès de l'utérus, Annales de Gynécologie et d'Obst., 2ième Série, Vol. 4, Paris, 1907, p. 29.
- 69c. Von Franqué, O., Uterusabscess and Metritis dissecans, Zentralbl. f. Gynäkol., Leipzig, 1902, Vol. 26, p. 544.
- 70a. Porak, Discussion, Bull. et Mém. de la Soc. d'Obst. et de Gynécol. de Paris, 1895, p. 496.
- 70b. Arnold W. W. Lea, A Case of Abscess of the Uterus, Developing During the Puerperium, Rupture into the Peritoneal Cavity, Abdominal

Section, Recovery, Journ. of Obst. and Gynecol. of the Brit Empire, 1904, Vol. 5, p. 159.

70c. Hervez de Chégoïn, Discussion, Gazette Hebdomadaire de Méd. et de Chir. 1868, 2ième Série, Vol. 5, p. 811.

70d. Brindeau, Abscès de l'utérus, Bull. et Mém. de la Soc. d'Obst. de Paris, 1901, Vol. 4, p. 105.

71. Mauclair, Trois cas de perforation graves de l'utérus avec la curette et la sonde intra-utérine, Annales de Gynécologie, 1903, Vol. 59, p. 122.

72. Gotschalk (Berlin Medical Society), Partial Uterine Gangrene, Am. Journ. of Obst., N. Y. 1900, Vol. 41, p. 539.

73. Richardière, H., Des perforations utérines avec gangrène localisée, Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale, Vol. 18, p. 425.

74. André Lapointe, à propos de certaines perforations gangréneuses de l'utérus post-abortum, Annales de Gynécologie, 2ième Série, Tome 3, 1906, p. 582.

75. Maygrier, Discussion, sur le traitement de l'infection puerpérale par l'hystérectomie abdominale, Bull. de la Soc. d'Obst., Paris, Vol. 4, 1901, p. 365.

76. Schmidlechner, K., Gangrène de l'utérus puerpéral, L'Obst., Paris, 1906, Vol. 11, p. 362.

77. Taylor, Howard, C., Discussion of Perforation of the Uterus with a Circumscribed Area of Gangrene, Am. Journ. of Obst., N. Y., 1907, Vol. 55, p. 668.

78. Hickman, J. W., Notes upon a Case of Perforation of the Uterus During Curettage, Med. News, N. Y., 1895, Vol. 66, p. 242.

79. Jahreiss, Erschlaffung der Uteruswand beim Curettement oder Durchgängigkeit der Tube, Zentralbl. f. Gynäkol., Leipzig, 1893, Vol. 22, p. 137.

80. Fieux et Lafond, Revue Mensuelle de Gynécol. d'Obst. et de Pédiatrie, 1902, n° 6, p. 242.

81. Polak, J. A., Presumed Perforation of Uterus with Douche Nozzle by Midwife after Criminal Abortion, with Reperforation during Curettage three weeks subsequently, Brooklyn, Med. Journ., 1902, Vol. 17, p. 376.

82. Flandrin, J., De la perforation de l'utérus par la sonde au cours de l'irrigation continue, Thèse de Paris, 1895.

83. Schwab, Cas de perforation très probablement traumatique de l'utérus. Bull. et Mém. de la Soc. d'Obst. et de Gynécol. de Paris, 1895, p. 495.

84. Jarman, Geo. W. Accidental Rupture of the Nonparturient Uterus with Report of Cases, Gynecol. Trans. Phil. 1905, Vol. 30, p. 15.

85. George Elder, Two Cases of Perforation of the Uterus During Curettage, Medical Press and Circular, London, 1899, Vol. 118, New Series 67, p. 3.

86. Stoner, A. P., Notes on Curettage, with Report of a Case of Accidental Perforation of the Uterus, Journ. A. M. A., 1904, Vol. 42, p. 1620.

87. Dienst., Discussion, Zentralbl. f. Gynäkol., Leipzig, 1905, Vol. 29-I, p. 55.

88. Guillaud, Discussion, Revue de Chirurgie, Paris, 1907, Vol. 36, p. 158.

69a. Vincent, Soc. Nat. de Méd. de Lyons, 6 juillet, 1896.

90. W. J. Nixon, Davis, Perforation of Uterus During Curettage and Excision of fifteen feet and a few inches of intestine, with recovery. Ill. Nat. Journ. 1908, Vol. 14, p. 455.

91. Hartman, J. A. Prolapse of Mucous Coats of the Sigmoid Through a Perforation of the Uterus, Journ. A. M. A., 1907, Vol. 9, p. 1186.

GASTRO-NEVROSES (1)

Par le Dr BOURGOIN,
Assistant à l'Hôtel-Dieu.

Il y a quelques mois, je rapportais à la Société Médicale de Montréal, l'observation d'une jeune fille, souffrant de boulimie et de vomissements incroyables, guérie par la psychothérapie. On me permettra de la rappeler ici et d'ajouter quelques considérations sur l'influence fréquente exercée par le système nerveux sur les gastropathies.

En novembre 1907, Mademoiselle X vient me consulter. Depuis plusieurs années, elle est affligée de vomissements presque continuels et d'un appétit insatiable. Voici quelques détails sur sa famille et son intéressant passé : sa grand-mère maternelle a souffert durant plusieurs années d'une chorée assez prononcée. Sa mère, elle-même, a eu quelques crises nerveuses après la mort de son mari. La malade a quatre sœurs bien portantes. L'une d'elles, cependant, est achondroplasique, ne mesurant que trois pieds de taille.

Dans le passé de la malade, on note, vers l'âge de huit ans, le début de troubles nerveux causés par la vue d'un mendiant. Elle a, à ce moment, une grande crise nerveuse, elle tremble, erie et pleure, mais ne perd pas connaissance. Pendant de longs mois, sa mère a beaucoup de mal à la contenir. La moindre surprise lui cause de nouvelles crises. Depuis cette époque, elle est restée très impressionnable. Elle a pu, cependant, recevoir une instruction suffisante. Son intelligence est dans la bonne moyenne. Elle est âgée de 28 ans. Ses premières menstrues remontent à l'âge de 20 ans. Elles sont très irrégulières, ne survenant que 2 ou 3 fois par année.

A l'âge de 12 ans, elle commence à prendre un certain embonpoint qui s'est maintenu jusqu'en ces dernières années. Peut-être a-t-elle pris pour du tissu adipeux, un œdème généralisé, car sa mère me dit avoir souvent constaté que la pression du doigt sur la peau, laissait des marques profondes. En tout cas, il n'y a pas d'albumine dans les urines.

Le début des troubles actuels semble remonter à l'âge de 15 ans, alors que la malade était au couvent. Peu à peu, elle perd l'appétit, accuse quelques troubles dyspeptiques vagues, puis des vomissements amenant le rejet de deux vers intestinaux. La vue de ces parasites créa vraisemblablement une impression profonde

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal, 1909.

chez ce système nerveux déjà si lamentablement ébranlé. Le retour de ces vomissements se fait de plus en plus fréquents et devient quotidien.

C'est d'abord un rejet abondant d'aliments, puis quand l'estomac est vide, la bile est rendue en assez grande quantité. L'anorexie devient presque complète ; et pendant plusieurs mois la malade ne se nourrit que de mélasse.

Durant les quatre ou cinq premières années de ces troubles, l'emboupoint demeure relatif. Le poids se maintient autour de 97 livres ; moyenne à peu près normale si l'on tient compte de la petite taille de la malade.

Vers l'âge de 20 ans, c'est-à-dire il y a huit ans, l'appétit revient peu à peu, modéré d'abord, puis impérieux, anxieux et toujours inassouvi. La chose s'explique d'ailleurs puisque les vomissements sont devenus continuels : la plus légère nourriture est immédiatement restituée. La malade ne se rappelle pas avoir pu garder un repas pendant plus d'une heure. C'est alors un va-et-vient continu entre le buffet et l'évier. A peine son potage avalé, elle se lève de table pour aller le restituer, elle recommence son potage ou attaque un autre plat qu'elle remet aussitôt.

Elle voyage ainsi, cinq ou six fois, pendant le repas. Et si encore son repas terminé, elle allait avoir quelques heures de répit ; mais non ! Toute la journée elle grignotte quelques morceaux de pain, ronge quelques fromages et absorbe quantité de tasses de thé, de café ou d'eau, mais son estomac, véritable tonneau des Danaïdes, se vide aussitôt rempli.

Voici à peu près le menu d'une de ses bonnes journées :

Au lever, déjeuner se composant d'une livre de bifteck, un pain d'un quart de livre, beurre en proportion, 5 ou 6 pommes de terre.

Au dîner : 2 ou 3 potages, 3 ou 4 plats de viandes, 7 ou 8 pommes de terre ; 2 ou 3 tartes comme dessert.

Souper : même menu.

Durant la soirée un pot-au-feu de plusieurs livres de viandes et de légumes.

Il lui est arrivé, dans une après-midi, de manger un rôti de veau de 13 livres.

Comme liquide 4 ou 5 gallons dans sa journée.

Ce jeu formidable dura jusqu'à il y a deux ans. Entre temps,

elle consulta plusieurs médecins, mais ne suivit aucun traitement régulier. Elle entra même dans un hôpital, mais sans résultat, des âmes charitables lui ayant apporté des aliments défendus.

Depuis deux ans, cet état a subi une période de léger apaisement. Elle suivit de nombreuses séances électriques qui calmèrent ses douleurs et lui enlevèrent un peu de son appétit féroce. Je dois dire qu'au moment où je la vis, le traitement électrique était devenu inutile et la malade dépérissait de plus en plus.

A l'examen de la malade on constate un fort amaigrissement, elle ne pèse que 74 livres. Elle paraît épuisée ; elle ressent des douleurs un peu partout, principalement à la région lombaire et à la tête.

L'abdomen présente peu de chose, l'estomac est peu dilaté ; le rein droit est descendu au 3e degré. J'ai recherché avec soin les troubles de la sensibilité, en écartant toute cause de suggestion et je n'en ai trouvé aucun, digne d'être noté.

Le diagnostic s'imposait : j'étais en présence d'une gastro-névrose grave chez un sujet éminemment suggestionnable et hystérique.

Le traitement fut des plus simples et les résultats surprenants.

J'eus un peu de mal à mettre ma malade qui était pauvre, dans les conditions favorables à la guérison. Je finis par l'isoler dans un coin d'une salle retirée de l'Hôtel-Dieu. Grâce au concours intelligent et dévoué d'une religieuse hospitalière, ma tâche fut facile. Ma malade fut d'abord mise au lait exclusivement, après lui avoir bien fait comprendre que son estomac pouvait garder cette nourriture et qu'elle n'avait aucune raison de vomir.

Ce traitement persuasif, mais non pas suggestif, donna les meilleurs résultats. Durant un séjour de quelques semaines à l'hôpital, il ne se produisit que cinq ou six vomissements provoqués par quelques visites clandestines.

La malade arriva à garder très bien 4 litres de lait, puis revint peu à peu à la nourriture ordinaire.

Durant les derniers quinze jours du traitement, je lui permis de recevoir sa famille et même d'aller passer quelques heures chez elle, afin de rendre moins brusque la transition du retour au foyer.

A sa sortie de l'hôpital la malade avait gagné trente et une livres. La durée du traitement avait été de deux mois.

J'ai revu plusieurs fois ma patiente depuis cette époque. La

guérison se maintient. Sans doute elle garde toujours sa nature impressionnable, mais elle est à peu près délivrée de ses troubles anciens. L'appétit est presque nul et les vomissements ne surviennent qu'à la suite d'écart de régime.

Le diagnostic des troubles éprouvés par ma malade ne fait pas l'ombre d'un doute: j'avais affaire à une hystérique localisant sa névrose à son estomac, mais il y a des cas où le diagnostic reste hésitant et où il n'est pas toujours facile d'établir le rôle joué par le système nerveux, dans les manifestations gastriques.

Les auteurs eux-mêmes ne sont pas tous d'accord sur cette question. Les uns, neurologistes pour la plupart, négligent un peu trop l'estomac et rapportent presque tous les troubles stomacaux au système nerveux. Les autres, au contraire, concentrent toutes leurs recherches du côté de l'estomac sans remarquer que souvent le système nerveux grossit démesurément les symptômes gastriques jusqu'à laisser croire à des lésions graves, là où le nervosisme est surtout en cause.

Entre ces opinions extrêmes, il y a évidemment place pour un éclectisme sage, et un jugement non prévenu finira presque toujours par faire la part des responsabilités pathogéniques de l'estomac ou du cerveau.

En 1904, mon ancien maître Hayem consacrait plusieurs leçons, restées inédites, aux gastro-névroses.

Sa classification est excellente, lors même que ses conclusions ne seraient pas admises par tous les auteurs. Elle paraît un peu compliquée, quelques explications la rendront plus abordable. La voici :

I Gastro névroses primitives ou protopathiques.

II Gastro-névroses Secondaires ou dentéropathiques	}	1o Reflexes	{	A. Formes nerveuses des gastropathies (ulcère, cancers, etc.)										
		2o Organopathiques		B. G. N. organopathiques centrales ou proprement dites. <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="font-size: 2em;">{</td> <td>Névropathie simple (nervosisme)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Migraine</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Neurasthénie</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Hystérie</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Certaines vésanies</td> </tr> </table>	{	Névropathie simple (nervosisme)		Migraine		Neurasthénie		Hystérie		Certaines vésanies
		{		Névropathie simple (nervosisme)										
	Migraine													
	Neurasthénie													
	Hystérie													
	Certaines vésanies													
3o Symptomatiques	A. D'une névrose primitive. <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="font-size: 2em;">{</td> <td>Neurasthénie</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Hystérie</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Vésanies</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Basedow</td> </tr> </table>	{	Neurasthénie		Hystérie		Vésanies		Basedow					
{	Neurasthénie													
	Hystérie													
	Vésanies													
	Basedow													
		B. D'une maladie organique des centres nerveux <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="font-size: 2em;">{</td> <td>Moëlle (Tabes)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Cerveau</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Méninges</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Cervelet.</td> </tr> </table>	{	Moëlle (Tabes)		Cerveau		Méninges		Cervelet.				
{	Moëlle (Tabes)													
	Cerveau													
	Méninges													
	Cervelet.													

M. Hayem divise les gastro-névroses en primitives et secondaires. (Voici le tableau.)

I. Les *gastro-névroses primitives*, de moins en moins admises par les auteurs, depuis les progrès des recherches cliniques, seraient dues à des lésions *primitives* du système nerveux propre de l'estomac. La gastralgie dite essentielle, l'atonie gastrique, l'incontinence du pylore, le spasme du cardia et du pylore, les crises d'hyperchlorhydrie (maladie de Reichman) rentreraient dans cette classe. M. Hayem prétend ne les avoir jamais rencontrés sans trouver la muqueuse stomacale primitivement altérée. Ainsi, la maladie de Reichman ne serait pour lui que l'hypersécrétion de l'estomac causée par une sténose du pylore retenant les aliments et non une névrose stomacale pure.

II. Les *gastro-névroses secondaires* sont beaucoup plus fréquentes.

1° *Gastro-névroses réflexes* causées par une lésion d'un organe voisin ou éloigné. Les troubles gastriques (vomissements, etc.) des femmes enceintes, des lithiases biliaire ou rénale, entreraient dans cette catégorie. Également la gastroplogie (dilatation aiguë de l'estomac après une laparotomie) est aujourd'hui considérée comme une paralysie réflexe des nerfs stomacaux.

2° Par *gastro-névroses organopathiques* M. Hayem comprend toutes les névroses survenant chez des individus porteurs de lésions stomacales organiques.

Ces malades, probablement par suite de prédispositions héréditaires, exagèrent leurs maladies et chez eux, les symptômes prendront un caractère disproportionné à la lésion. Nous constaterons par exemple (A) des ulcères ou cancers à formes douloureuses, avec spasme du pylore, troubles de la motilité, vomissements périodiques, etc.

D'autres fois (B) à la suite d'une simple indigestion ou de troubles dyspeptiques légers dépendant souvent de l'abus des médicaments, nous verrons s'installer chez nos malades soit une *neuropathie simple* avec tout son cortège de symptômes bruyants: Vives douleurs spontanées ou à la pression, régurgitations, éructations, flatulence, vomissements, méricysme, constipation ou diarrhée, soit encore une *migraine* avec ses retours périodiques; soit encore une *neurasthénie* bien constituée: Grande dépression, céphalalgie,

rachialgie, etc.; soit encore une *hystérie* latente déclanchée par les troubles gastriques; soit enfin de véritables *vésanies*.

Il est évident que toutes ces complications ne peuvent survenir que chez des sujets entachés d'hérédité.

3° *Gastro-névroses symptomatiques*. Ici les troubles dyspeptiques ne sont plus qu'une manifestation locale (A) d'une névrose primitive — neurasthénie, hystérie, migraine, vésanie ou maladie de Basedow — ou encore (B) d'une maladie organique des centres nerveux — moelle (tabès), cerveau, cervelet, méninges.

La question, comme on le voit, est assez complexe. Aussi les auteurs ne sont-ils pas toujours d'accord. La discussion porte principalement sur les gastro-névroses doublées d'hystérie ou de neurasthénie.

Pour M. Déjerine, la question est bien simple: en dehors des troubles organiques tels que le cancer et l'ulcère, dès qu'un malade est dyspeptique, c'est un nerveux.

L'analyse du suc gastrique est le plus grand "bateau" qu'on ait monté, répète-t-il souvent. C'est pousser un peu loin le mépris pour une méthode qui a déjà fait ses preuves.

Quoiqu'il en dise, il existe réellement une catégorie de malades qui, à la suite d'une maladie infectieuse ou d'un régime defectueux, en sont arrivés à fausser complètement leur chimisme gastrique, quelquefois d'une façon irréparable. Et d'ailleurs, l'hyperchlorhydrie et l'hypochlorhydrie sont deux syndromes bien établis et qui sont justiciables de deux traitements bien différents.

Cet auteur fait également fausse route quand il conseille de ne pas examiner les malades neurasthéniques de peur que ceux-ci se disent: "On m'examine attentivement l'estomac; c'est donc qu'il y a quelque chose".

Et si en examinant on trouve par exemple, les symptômes d'un ulcère ou d'une forte hyperchlorhydrie avec dilatation de l'estomac, il est logique de commencer avec Hayem par traiter l'estomac, cause probable de tous les ennuis. Rien n'empêche, d'ailleurs, de traiter également le système nerveux.

La théorie de M. Hayem semble plus séduisante. Je dis la théorie, car en pratique, ce clinicien tombe un peu dans l'excès contraire. Il néglige trop la psychothérapie pour ne traiter que l'estomac. C'est ainsi que j'ai vu une malade manifestement

hystérique, vomissant continuellement comme ma patiente, sortir de son service sans aucune amélioration et chez qui on n'avait même pas essayé l'isolement et la psychothérapie.

Il faut, d'abord examiner soigneusement son patient, analyser son suc gastrique si son cas est complexe, voir si l'estomac est dilaté, s'il digère rapidement ou lentement, s'il contient encore du liquide à jeun, étudier le fonctionnement de l'intestin.

S'il y a quelque lésion de ce côté, il faut la traiter concurremment avec la complication nerveuse qui en dépend.

Si les troubles dyspeptiques sont survenus à la suite d'un choc nerveux, d'une perte d'argent ou d'une peine morale, il est très probable que la dyspepsie n'est que symptomatique d'une névrose centrale qui doit d'abord être traitée.

La douleur est un des symptômes qui peut faire croire à une complication nerveuse, car en dehors de l'ulcère et du cancer les affections stomacales sont rarement douloureuses. La douleur nerveuse n'a lieu ordinairement qu'à l'acmé de la digestion, contrairement à la douleur de l'ulcère qui arrive au début de la digestion ou à celle d'une sténose pylorique, plus tardive, se produisant à l'époque où l'estomac cherche à se vider. La pression superficielle amène de la douleur, mais si on insiste et qu'on presse davantage la douleur cesse.

Cette manœuvre devient intolérable chez l'ulcéreux. On remarque souvent aussi chez les nerveux un battement de l'aorte abdominale. C'est un bon symptôme.

La boulimie ou l'anorexie relève ordinairement du système nerveux, car dans les dyspepsies simples l'appétit reste ordinairement normal.

Tous ces symptômes joints à l'irritabilité des malades, à la modification de leur caractère, à la connaissance du début de leur maladie permettent de la classer parmi les gastro-névroses.

Le traitement, pour être simple, exige cependant que le médecin traitant prenne de l'ascendant sur son patient.

Les cas les plus ordinaires ne nécessitent pas l'isolement, mais le médecin tâchera de confesser son client. Une fois dans sa confiance, il aura beaucoup plus d'empire sur lui. Il lui fera voir dans un avenir rapproché la guérison certaine en lui montrant que sa dyspepsie n'offre aucun caractère de gravité.

Il ne faudra pas, non plus, négliger le traitement hygiénique : Douche ou bain froid au lever durant quelques secondes suivi de vigoureuses frictions. Après les repas application de compresses froides sur l'estomac durant une demi-heure. Donner au malade un régime léger au début, lait et laitage, riz au lait, tapioca, blanc-manger, glace, etc., des purées et des légumes, quelques compotes. On arrivera rapidement au régime ordinaire ; viandes, légumes, etc. S'il y a de la constipation on prescrira de boire souvent d'ajouter au régime plus de légumes et de fruits, les pruneaux surtout ; on donnera une cuillerée à soupe de graine de lin en nature à chaque repas.

Pour remonter le malade on ajoutera des piqûres quotidiennes de cacodylate de soude (0 gr. 10 centigr.) ou du formiate de soude (2 à 3 grammes par jour dans du sirop d'oranges).

Si l'on a affaire à une hystérie ou une neurasthénie déclarée, comme chez ma malade, l'isolement devient nécessaire.

M. Déjérine ne compte plus ses succès et sa méthode est maintenant classique.

Plus de suggestion comme autrefois, mais bien de la persuasion, c'est-à-dire qu'il faut tâcher de remonter la volonté de ces malades en leur expliquant bien leur cas, sans mensonge, en leur disant qu'ils peuvent très bien guérir, s'ils sont dociles à l'avis du médecin. Repas au lit complet au début, et du lait comme alimentation exclusive, 3 litres le premier jour, puis bientôt 4 et 5 litres. Les malades supportent très bien cette énorme quantité de liquide. On revient graduellement à la nourriture ordinaire en commençant par les laitages et les œufs.

Les autres soins hygiéniques et les toniques énumérés plus haut sont aussi très utiles.

Isolement, repos et lait, voilà maintenant tout le traitement efficace de ces malades qui traînaient autrefois de consultation en consultation leur désespérante névrose.

REVUE GENERALE

SYPHILIS CONTRACTEE DANS LES MAISONS PUBLIQUES ADMINISTRATIVEMENT SURVEILLEES

Par M. PAUL SALMON (1)

Les cas de syphilis contractée avec des filles publiques, soumises à la surveillance médicale, n'ont rien d'exceptionnel. Nombre de médecins en ont observé un ou plusieurs exemples (2). Pour notre part, nous avons observé un chiffre nullement négligeable de syphilis catégoriquement attribuées par les malades à un contact infectant dans une maison publique.

Ainsi, ces jours-ci, un de mes clients, marié, déclare avoir eu un seul rapport extra-conjugal, dans un établissement de Châteaurox ; il y prit la vérole. Dans une autre maison d'une petite ville se trouvaient au moins deux femmes vénériennes ; l'une transmettait de temps en temps le chancre mou ; la seconde, syphilitique, échappait à la visite du médecin de la municipalité.

À Paris, où les médecins chargés de la surveillance des filles inscrites sont très compétents en vénéréologie, la surveillance est-elle plus efficace qu'en province ? La réponse est aisée ; bien des cas de syphilis féminine passent à travers cette réglementation et ainsi s'expliquent les cas de contamination avec les filles de maison. Nous retrouvons dans nos notes le cas de M. L... , commerçant, infecté en mai 1907 dans un établissement des mieux surveillés, rue de L... Voici une observation toute récente. En avril 1909 M. D... , clerc d'avoué, se présente porteur d'un syphilome primaire typique. D... est désolé ; il devait se marier prochainement, et de cette union dépendait son avenir. Cherchant à éviter la syphilis, D... , depuis un an, n'avait de rapports qu'avec la même femme, dans la même maison, rue de H... D... affirme la véracité de ses dires ; il s'agit donc d'un cas authentique de syphilis contractée en maison publique.

M. D... a eu tort, évidemment, de croire à la sécurité sanitaire de ce genre d'établissements. Cependant il s'étonne : " Je ne félicite pas, dit-il, le médecin chargé de la surveillance de cette

(1) Communications à la Société de l'Internat de Paris.

(2) Cas cités par Gaucher à la Commission extra-parlementaire du régime des mœurs : " un malade contaminé à Paris dans une maison de *bonne* *ance*, autorisée, surveillée par la Préfecture de police... ; des provinciaux syphilitisés dans des maisons de tolérance ". Mémes faits signalés par Landouzy.

maison". Et notre clerc d'avoué d'ajouter: " Si je ne craignais la divulgation de mon mal, je poursuivrais le patron de la maison en dommages-intérêts". A son tour, le patron, cité devant les tribunaux, ne pourrait-il attaquer le préfet de police en demande de garantie ?

Je ne discuterai pas ici la valeur morale, légale, de la surveillance médicale des prostituées par l'administration, la Préfecture de police en l'espèce. Aussi bien la question est-elle jugée, au conseil municipal, aux Chambres... A la Commission extra-parlementaire du régime des mœurs, après rapports d'hommes éminents, on a conclu " à l'interdiction... de l'inscription sur un régime des mœurs et de la visite corporelle..." (Rapport de 1907). Donc, aucune loi ne permet de placer certaines catégories de prostituées sous la surveillance médicale de l'Etat; aucune considération d'hygiène n'autorise à des précautions spéciales, exceptionnelles contre certaines maladies dites vénériennes (1).

Je n'insiste pas sur l'impossibilité de diminuer le pourcentage des cas de syphilis en emprisonnant chaque année une centaine seulement de filles syphilitiques.

Je m'arrêterai sur cette question purement médicale : quelle est la valeur du contrôle sanitaire des prostituées ?

Faisons une comparaison, une digression à propos d'une autre maladie vénérienne, la blennorrhagie. On sait aujourd'hui qu'il est souvent impossible, avec les données de la clinique et de la bactériologie, de décider si une femme est ou non capable de transmettre le gonocoque. Cependant, nous venons de voir le docteur K, médecin de Saint-Lazare, déclarer qu'une fille de maison était saine ; or, cette femme, en réalité virulente et contagieuse, a transmis la blennorrhagie à un de mes amis, M. D... Autre exemple : étant soldat, un de mes camarades avait contracté un écoulement urétral dans une maison publique ; on lui accorda 30 jours de consigne, avec le motif suivant : " ... a faussement déclaré avoir eu des rapports avec une femme, laquelle examinée a

(1) Dans un article " La Tuberculose peut-elle être considérée comme maladie vénérienne", je démontrerais l'erreur de grouper certaines affections disparates, gale, végétations, chancre mou, molluscum contagiosum, etc., sous le vocable " vénériennes". Ces maladies permettent l'emprisonnement de la femme par mesure administrative. La tuberculose, au contraire, est négligée. Une fille de maison, tuberculeuse, est considérée comme non contagieuse. Même raisonnement pour une fille atteinte de scarlatine.

été reconnue saine ;” certes, on peut dénier toute compétence au médecin chargé de ce contrôle sanitaire. Dans un cas où nous avons reconnu des gonocoques dans le pus urétral du mari, nous n’avons pu découvrir le même microbe chez sa femme, cependant en rapport avec lui. On explique, cliniquement, la non-réaction des organes génitaux des prostituées, par une sorte d’immunité contre le gonocoque ; si cette théorie était vraie, elle constituerait un argument en faveur des vaccins antigonococciques de Wright, actuellement à l’ordre du jour.

Pour revenir à notre sujet, le même raisonnement s’applique à la syphilis et à la blennorrhagie, l’impossibilité pour le médecin de déceler certaines lésions, sources de contagion. On admet que le chancre — il n’y a pas de syphilis sans chancre — a été particulièrement fugace ; ou bien il s’agit de syphilides secondaires minimes, bénignes. Les accoucheurs connaissent bien ces syphilis mystérieuses où, malgré un examen attentif, on ne trouve rien, aucun signe révélateur, sauf parfois une vague pigmentation du cou ; cette femme n’en donnera pas moins naissance à un enfant nettement infecté. Les syphilis méconnues, longtemps silencieuses, se traduisant par des accidents tertiaires, sont classiques ; les lésions secondaires ont passé inaperçues.

Des femmes peuvent transmettre la syphilis, et la méthode des confrontations ne permet pas de remonter à l’origine du virus. Ainsi, à l’hôpital du Midi, un souteneur, dont la maîtresse passant régulièrement la visite était reconnue non virulente, n’en a pas moins acquis la syphilis avec cette fille en carte.

Comment expliquer ces faits de non-découverte possible des lésions dangereuses ? Ne peut-on admettre parfois un point de départ utérin, des syphilides du col de la matrice ? Et la recherche du spirille de Schaudinn dans cette région ne permettrait-elle pas de diagnostiquer certaines syphilis cliniquement inappréciables ?

Nous avons admis l’existence possible d’un chancre utérin chez une femme contaminée par son mari ; il existait seulement une adénopathie caractéristique de l’aine (et ce commémoratif, rapports avec l’homme syphilitique) ; bientôt apparurent des plaques amygdaliennes.

D’autres fois, il peut s’agir de syphilides érosives de la vulve, du vagin, invisibles pour le médecin, mais suffisantes pour laisser passer le microbe de la vérole ténu et vivace.

Les lésions au début ou à leur déclin sont des plus difficiles à apprécier, au point de vue de leur puissance de contagion. Nous avons trouvé dans le service de notre collègue Verchère, à Saint-Lazare, une fille arrêtée en maison pour chancre syphilitique ; depuis 12 ans, cette femme était en maison avant d'avoir été infectée ! Or, elle avait consulté un médecin de ville avant " de passer sa visite " et celui-ci n'avait pas reconnu un chancre débutant. Une prostituée vient demander notre avis pour une ulcération à peine appréciable de la vulve : impossible de préciser la nature et l'importance de cette lésion ; nous conseillons à cette fille inscrite de ne pas se présenter à la visite du médecin officiel. Notre manière d'agir est celle des médecins partisans de la réglementation, des médecins fonctionnaires de la Préfecture de police qui n'en voient jamais à Saint-Lazare les filles qui viennent à leur domicile.

Si les lésions contagieuses des organes génitaux sont souvent impossibles à découvrir, que dire des syphilides de la bouche. Or ces accidents sont le plus souvent, dans les maisons publiques, l'origine de l'infection de l'homme.

Les amygdales représentent un des foyers principaux de pullulation des spirilles ; pour affirmer qu'une amygdale ne laisse pas passer ces microorganismes si fins, si mobiles, les spirochètes, pour donner à une femme un certificat de " non-contagieuse ", il faudrait parfois d'autres renseignements que ceux fournis par l'inspection de la gorge.

Etant à Lourcine interne de notre excellent maître Al. Renault, nous avons appris qu'une de nos malades avait été admise dans une des maisons les mieux surveillées de Paris ; or, peu de temps auparavant, elle avait été syphilitisée et atteinte d'une angine spécifique intense ; ses amygdales n'étaient-elles plus contagieuses ?

De même que pour la blennorrhagie, en cas d'examen clinique impuissant, le laboratoire ne permet nullement de résoudre les difficultés de diagnostic. On ne peut évidemment recourir à la séro-réaction de Wassermann ; elle serait positive chez la plupart des prostituées de maison. Le microscope à fond sombre et à éclairage oblique permet assez aisément de reconnaître les spirilles vivants ; mais on ne peut appliquer ce procédé à l'examen de la salive virulente, un autre microorganisme (*Spirochateta dentium*) étant morphologiquement analogue au spirochète de Schaudinn.

Cette difficulté du diagnostic de la syphilis virulente est du reste admise par les médecins de la Préfecture de police, et, en cas de doute, ils délivrent à la femme inscrite, non pas une carte blanche, mais une carte rouge.

Mais comment ne pas s'étonner devant cette statistique, émanant de l'Administration: femmes syphilitiques en maison, 2 p. 100 en 1901 ; 0 p. 100 en 1902 ; 0 p. 100 en 1903 ; 0,5 p. 100 en 1904 (1). Il est vrai que l'on ne publie pas le chiffre des hommes contaminés dans ces établissements.

En réalité, la notion de syphilis contractée avec ces prostituées surveillées, cette notion ne doit pas faire négliger les moyens de prophylaxie individuelle actuellement connus. " Les faits, conformes à la logique, établissent que cette prétendue sécurité (d'origine administrative) est purement illusoire... On doit faire justice de cette idée accréditée, qu'on a moins à redouter la contagion syphilitique dans les maisons publiques (2)... "

Pour terminer, citons les paroles d'un de nos confrères, chargé, comme Ministre de l'Intérieur, de veiller à la santé publique : " Je dois dire que de cet office (la réglementation médicale de la prostitution), mon administration s'en acquitte avec une *parfaite inefficacité*, et cela au moyen de pratiques contraires aux lois, contraires même aux principes de tout gouvernement humain ". (Clémenceau, Discours de Draguignan, 14 octobre 1906.)

INTERETS PROFESSIONNELS

L'INCONSCIENCE DE NOS GOUVERNEURS

Le Collège des Médecins avait un registraire modèle, homme intelligent, dévoué, méthodique, énergique, scrupuleusement honnête, doué d'aptitudes spéciales d'administration, et il a jugé bon de se dispenser de ses services.

Nous nous demandons pourquoi ? Est-ce parce que la charge de registraire, devenue plus importante, plus compliquée, il valait mieux en écarter celui qui par son passé offrait plus de garanties

(1) BUTTE, *Commission des mœurs*, 20 janvier 1905.

(2) HENNEQUIN, *Rapport sur les travaux de la Commission...* 1907.

pour l'avenir? A-t-on cru qu'il était dans l'intérêt général de retirer des mains de l'ancien régistiaire la nouvelle machine administrative qu'il connaissait mieux que tout autre pour en avoir surveillé, presque à lui seul, la confection de chacune de ses pièces? Non, vraiment plus nous y pensons, plus nous sommes convaincus que nos gouvernants ont fait là un faux pas. Dans le choix de cet officier principal du bureau, toute considération étrangère au plus grand intérêt de tous, devait être mise de côté; et ils n'ont cependant agi, ni dans l'intérêt de la profession qui réclamait pour l'administration de ses affaires un homme expérimenté; ni dans un simple esprit de justice qui prescrivait de ne pas condamner au renvoi, un officier exceptionnellement qualifié. D'ailleurs, les plus coupables de l'erreur, n'ont pas craint dans leur candeur en apparence naïve, de souligner eux-mêmes leur faute par des fleurs jetées sur la tombe des sacrifiés: "*intérêt général et justice*". Ils affirmèrent que jamais le Collège des Médecins n'avait eu un régistiaire plus compétent et plus dévoué; puis ils oublièrent de dire pourquoi on le remplaçait et quelles étaient les compétences du nouvel élu.

Nous étions en droit de nous attendre à mieux d'une assemblée sensée être composée d'hommes à mentalité un peu supérieure.

Nous avons toujours été d'opinion que le nombre de membres qui composent le Bureau était exagéré, parce que dans la masse les intelligences s'annulent. Cette dernière façon de se conduire de nos gouverneurs n'est pas de nature à nous faire changer d'avis.

L'AUTRE.

ANALYSES

MEDECINE

Des albuminuries digestives et de leur traitement, par MM. CASRAGNE et CHIRAY, dans *Bulletin Médical*, Paris, 1908.

Sous le nom d'albuminuries digestives on comprend, à l'heure actuelle, une série d'albuminuries fonctionnelles intermittentes apparaissant soit après les repas, soit à la suite de l'ingestion de certains aliments, blanc d'œuf en particulier. Classiquement,

l'albuminurie digestive est attribuée soit à des troubles de la circulation rénale consécutifs aux vomissements, à la diarrhée, soit à l'absorption de toxines qui se forment dans certains intestins dyspeptiques, siège de fermentations anormales excessives. Les auteurs pensent que l'albuminurie digestive doit être comprise de toute autre façon. Pour eux, elle est produite par des substances albumineuses qui, n'ayant pas subi l'élaboration digestive, passent néanmoins à travers la muqueuse intestinale. Une fois arrivées dans le sang, ces albumines restent étrangères, hétérogènes, et elles sont rejetées en nature par les reins, mais ceux-ci sont lésés au passage et laissent échapper en même temps une certaine quantité de sérine.

Cette doctrine s'appuie sur la série de propositions suivantes que les auteurs ont démontrées expérimentalement :

1° Toute albumine étrangère introduite dans le torrent circulatoire est immédiatement éliminée avec une certaine quantité de sérine ;

2° Les injections successives et progressives d'albumines étrangères dans le sang provoquent à la longue des lésions rénales et toujours une atteinte grave de l'état général ;

3° Une albumine étrangère peut, avant toute élaboration digestive, traverser la muqueuse intestinale et passer dans le sang.

Cette conception des albuminuries digestives conduit les auteurs à étendre le cadre classique de cette affection. Ils pensent que l'albuminurie brightique même est, dans une certaine mesure, d'origine digestive. En effet, chez les brightiques, on constate presque toujours l'augmentation de l'albumine urinaire au cours des heures qui suivent les repas. D'autre part, on sait que, chez certains brightiques qui digèrent mal le lait, on obtient une diminution de l'albumine en instituant un régime plutôt végétarien. Chez ces malades la caséinurie s'ajoutait à la sérinurie.

Les conclusions thérapeutiques de ces faits sont les suivantes : au dogme classique qui enseigne la nécessité de donner aux brightiques le régime le moins toxique, il faut ajouter celui-ci : " Le régime le meilleur pour un albuminurique est celui qui assurera l'élaboration la plus parfaite des albumines introduites ". Les médecins doivent, en présence d'un albuminurique, se préoccuper de l'état de ses fonctions digestives. Il faut savoir diminuer le lait si cela est nécessaire et maintenir la pratique ancienne, actuellement tombée en désuétude, de la suppression des blancs d'œufs crus ou mal cuits chez les albuminuriques.

La mort imprévue dans la scarlatine, par le Dr A. GOUGET et Mlle DECHAUX, dans *Le Journal Médical français*, juin 1909.

Il arrive parfois, dans les maladies infectieuses, de voir mourir presque subitement un malade qui, quelques heures avant, n'inspirait pas de sérieuses craintes. Chacun connaît ces cas de mort rapide ou subite dans la dothiéntérie, dans le rhumatisme articulaire aigu, dans la pneumonie, la diphtérie, la grippe. Mais aucune maladie n'offre autant d'imprévue que la scarlatine. " De toutes les pyrexies exanthémateuses et contagieuses, la scarlatine est celle dont les dangers peuvent être le moins prévus " (Trousseau) ; " il est peu de maladies aiguës ayant causé autant de déceptions, autant de douloureux imprévus " (Duclos).

Ces morts inopinées peuvent survenir tout au début, avant que l'éruption ait eu le temps d'apparaître, voire même avant l'angine (*cas foudroyants de scarlatine maligne*). Vomissements incessants, diarrhée, violent délire, convulsions quelquefois vives, dyspnée sans signes stéthoscopiques, fièvre très élevée, pouls très petit et très fréquent, puis collapsus complet ; telles sont les manifestations pathologiques qui, brusquement survenues, donnent à la maladie un cachet de gravité que l'on ne saurait méconnaître. Le diagnostic n'est possible que par la notion d'épidémie existante, ou lorsque la scarlatine a déjà esquissé classiquement son début : *cas rudimentaire à évolution maligne*.

Parfois, au contraire, on n'observe qu'un seul symptôme inquiétant : le pouls filiforme et d'une extrême fréquence, ou même le collapsus survient sans signe prémonitoire. Dans ces conditions, ce qui ne frappe pas moins que l'imprévu du dénouement fatal, c'est l'absolue similitude de presque toutes ces observations. C'est toujours le quatrième ou le cinquième jour de la maladie que les accidents éclatent. En quelques instants, le malade jusque-là plein de vie n'est plus qu'un corps inerte, la température atteint un très haut degré, le pouls devient incomptable, et en deux ou quatre heures, exceptionnellement un peu plus, tout est terminé (*formes malignes de la période d'éruption*).

Mais la mort imprévue peut aussi survenir un peu plus tard, au sixième ou au huitième jour, ou même au cours de la convalescence d'une scarlatine jusque-là normale (*formes malignes tardives*), ou compliquée d'une légère néphrite.

La mort imprévue est donc à redouter à toutes les périodes de la scarlatine, c'est pourquoi il faut toujours être prudent dans son pronostic, même dans les cas les plus bénins.

Quelle explication donner de ces morts imprévues ? L'autopsie, les examens histologiques sont muets. Malgré des recherches

faites avec le plus grand soin tant à l'amphithéâtre qu'au laboratoire, les auteurs n'ont rien trouvé qui put donner la clef de l'énigme. On en est donc réduit à faire des hypothèses: intoxication massive de tout le système nerveux central, myocardite, lésions des capsules surrénales, influence psychique, influence de terrain....

En somme, ces morts inopinées, dans la scarlatine comme dans les autres maladies infectieuses, restent aujourd'hui encore bien mystérieuses; sur leur cause et leur mécanisme on en est réduit à des hypothèses dont aucune n'est vraiment satisfaisante. De toute façon, il y a lieu, dans les cas de ce genre, de procéder à une enquête sérieuse sur les antécédents personnels et familiaux du sujet, notamment au point de vue de l'état nerveux, de l'hérédité alcoolique, syphilitique, tuberculeuse, etc., et de l'existence possible d'autres morts subites dans la famille; et, à l'autopsie, on devra examiner avec un soin particulier les centres nerveux l'appareil cardio-vasculaire et les capsules surrénales. Bien entendu, on ne se contentera pas d'altérations légères ou très circonscrites pour leur attribuer des accidents dont, seules, des lésions profondes ou étendues peuvent expliquer la gravité.

CHIRURGIE

L'épanchement de sang dans les fractures de la base du crâne, par Paul-Louis MURET. Thèse de Paris, 25 février 1909, dans *La Clinique*, 25 juin 1909.

Dans un travail très original, M. Muret étudie la pathogénie des accidents consécutifs aux fractures de la base du crâne et la ponction lombaire comme méthode thérapeutique de ces accidents. Cette étude est basée sur 20 observations, dont 15 personnelles à l'auteur et 5 contrôlées par lui.

De ce travail, il ressort d'abord que ni l'hématome, rare et conjuré par la trépanation, ni l'infection, prévenue aujourd'hui par l'antisepsie, ne peuvent expliquer le coma, le délire, les accidents bulbaires et la mort dans les fractures du crâne. Tout dépend de l'épanchement de sang d'origine osseuse qui accompagne la fracture des os du crâne comme toute autre fracture. Le pronostic ne dépend que de l'abondance de cette hémorrhagie et de la façon dont elle se résorbe. Au début, c'est l'abondance de l'épanchement qui produit le coma et souvent la mort. Au cours de l'évolution, c'est la résorption du sang épanché qui cause les accidents

observés. Après la guérison, ce sont les lésions chroniques secondaires à la résorption qui causent les accidents tardifs. La contusion cérébrale, s'accompagnant souvent d'épanchement de sang, n'a pas besoin d'être distinguée de la fracture et doit être traitée de la même façon.

L'auteur étudie ensuite l'évolution de l'épanchement de sang au moyen des ponctions lombaires répétées, dont le liquide recueilli en trois tubes était examiné par Froin. Au début, la ponction donne un liquide sanglant en jet. Le sang, en effet, aussitôt la fracture produite, envahit les espaces lymphatiques, puis le liquide céphalo-rachidien, qui est ainsi en état d'hyperpression primitive: c'est la période de coma initial ou d'irruption du sang.

Dès le lendemain, la résorption commence, et au coma succède le délire. Le liquide est moins rouge; il est moins riche en globules. En même temps, les globules se déforment et s'hémolysent, puis se réduisent en poussière. S'il y a beaucoup d'hémoglobine dans le liquide, elle donne des pigments que décèle la réaction de Gmelin. Parallèlement, on trouve une phagocytose intense, due aux polynucléaires. Cette phase, phase rapide de la résorption, dure quelques jours. Les processus chimiques intenses qui l'accompagnent irritent la méninge, d'où hyperpression vraie ou secondaire du liquide: cela explique le coma secondaire. En même temps, ils intoxiquent les centres, ce qui explique les phénomènes cérébraux et bulbaires qui entrecourent le coma.

Si le malade ne meurt pas à cette période critique, on voit alors survenir une phase de résorption lente qui dure sept à huit jours: aux polynucléaires succèdent les lymphocytes et les grands mononucléaires hémato-macrophages. C'est la période de convalescence.

Si la résorption est trop rapide, on voit apparaître des éosinophiles qui paraissent jouer un rôle régulateur.

Enfin, si la résorption est trop lente, l'hyperpression continue due à l'irritation méningée trop prolongée est cause de lésions chroniques qui s'organisent et expliquent les accidents tardifs.

Dans un dernier chapitre, Muret montre que l'on peut combattre efficacement ces accidents de la résorption sanguine par la ponction lombaire répétée systématiquement.

Chaque fois, on enlève ainsi des globules et leurs produits de destruction, ce qui diminue la durée de la résorption et l'intensité de l'intoxication; on sauve ainsi de la mort beaucoup de malades, on abrège la durée de l'évolution, et on prévient les accidents tardifs.

Il donne les règles de la ponction qui, bien faite, est exempte de dangers: il suffit de ne pas enlever à la fois trop de liquide (ne pas dépasser 20 cc.) et de ne pas le laisser s'échapper en jet, pour ne pas avoir de décompression brusque.

Il insiste enfin sur ce fait que la ponction lombaire répétée ne dispense pas de prendre les soins d'antisepsie de la bouche, du nez et des oreilles, les plus minutieux, ni de trépaner les hématomes quand il y en a.

Ensuite, il relate les vingt observations qui viennent appuyer sa thèse. Il y a eu 17 guérisons sur les 20 cas. Des trois cas de mort, 1 n'avait pas été ponctionné, 1 ne l'avait été qu'une fois, et dans le troisième la mort est survenue à la suite de lésions pulmonaires, plusieurs mois après l'accident: dans ce dernier cas, il s'agissait de contusion cérébrale avec épanchement de sang.

Il a fallu, dans tous les autres cas, faire de trois à neuf ponctions pour obtenir la guérison qui est survenue entre quinze jours et deux mois après l'accident.

Ce travail apporte donc une contribution très importante à l'étude des fractures de la base du crâne. Il apporte des explications simples et rationnelles d'accidents inexpiqués jusqu'ici, et il fait entrevoir la possibilité de les guérir.

PEDIATRIE

Traitement de la coqueluche par le fluoroforme, dans *Journal de Méd. et Chirurgie pratique*. Avril 1909.

Madame M. de Biehler (de Varsovie) apporte dans les *Archives de médecine des enfants* un nouveau témoignage en faveur du fluoroforme dans la coqueluche, médicament qui, comme on sait, a été très discuté.

Les observations de Madame de Biehler, au nombre de 89, sont bien en faveur de la méthode. Dans tous les cas, on a noté, en effet, dès le quatrième jour, parfois le troisième, souvent aussi vers le cinquième ou huitième jour, que le nombre des quintes, aussi bien que leur intensité, diminuaient d'un tiers ou de moitié. La guérison avait lieu au bout de vingt jours, dans 10 cas même au bout de quinze jours, et dans un cas au bout de douze jours. Les enfants plus jeunes guérissaient plus lentement.

Point de complications dans 87 cas. Dans 2 cas, une pneumonie intervint, l'état des enfants étant très grave, (un âgé de deux ans, l'autre d'un an et demi); on a prescrit encore des inhalations d'oxygène et de l'émulsion camphrée à côté du fluoroforme. Ces enfants avaient eu la coqueluche pendant cinq semaines après la guérison de la pneumonie.

Les vomissements disparaissaient sous l'influence du traitement aussi bien que les hémorragies.

Les doses employées ont été celles prescrites par Tissier, c'est-à-dire que l'on donnait aux nourrissons et aux enfants jusqu'à l'âge d'un an, le premier jour 1 goutte après chaque quinte, 2 gouttes, le deuxième jour, 3, le troisième jour, et ainsi de suite, sans dépasser en général 5 grammes, soit C gouttes par jour d'eau fluoroformée. De deux à quatre ans, au début 10 gouttes, trois fois par jour, jusqu'à 5-10 grammes par jour. Au-dessus de cet âge, 15 grammes ; chez l'adulte, jusqu'à 30 grammes par jour administrés d'habitude par cuillerées à café. On a changé seulement ce mode d'administration dans 3 cas, chez des enfants de deux à quatre ans, et on donnait au lieu de 10 gouttes, 20 gouttes, car la dose de 10 gouttes n'était pas suffisante, puis on donnait à une malade âgée de dix-neuf ans, dès le début, trois fois par jour, une cuillerée à soupe et aux enfants de quatorze à seize ans, trois fois par jour, une cuillerée à café ; à ceux de dix à quatorze ans, deux fois par jour une cuillerée à café.

Tous les malades supportaient parfaitement bien l'eau fluoroformée ; on l'administrait soit dans du lait, soit dans de l'eau ; les enfants la prenaient volontiers vu le manque de saveur et d'odeur du médicament en question.

Les compresses sinapisées et alcoolisées dans la bronchite capillaire chez l'enfant. *La Clinique*, 18 juin 1909.

M. Herzfeld (1) les emploie contre la bronchite capillaire et la broncho-pneumonie des enfants au lieu et place des bains et cataplasmes sinapisés. Voici la façon de procéder :

Mettez dans une cuvette : eau et alcool, 250 grammes ; ajoutez, suivant l'effet à obtenir, 25 à 50 centimètres cubes du mélange suivant :

Essence de moutarde.....	1 partie.
Alcool absolu.....	49 —

Trempez dans ce mélange une flanelle dont vous enveloppez le petit malade du cou aux genoux. Mettez un drap par-dessus et laissez en place de quinze à trente minutes, jusqu'à ce que la peau devienne rouge ; enlevez la flanelle ; remplacez-la par une autre trempée dans le même mélange mais contenant cette fois-ci une partie d'alcool pour deux d'eau. Enveloppez de nouveau pendant quinze à trente minutes.

(1) *Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 9 janvier 1909.

L'auteur conseille de ne pas renouveler l'application de la compresse plus d'une fois par jour ; d'après lui, ce traitement donnerait les meilleurs résultats.

THÉRAPEUTIQUE

Emplois thérapeutiques divers du chlorure de calcium, dans *Journal de Méd. et Chirurgie prat.* Avril 1909.

Le chlorure de calcium, exception faite pour les hémorragies, est bien rarement prescrit en thérapeutique et cependant son usage a été préconisé pour un grand nombre d'affections diverses. M. le Dr C. Moncany étudie ses diverses indications dans la *Clinique* (no 10), et en donne la posologie générale.

Rappelons que le chlorure de calcium a été utilisé surtout dans les hémorragies traumatiques : hémophilie, hémoptysies, où son action utile est très discutée, maladies hémorrhagipares (purpura, variole hémorrhagique, etc.).

Dans les hémorragies, l'addition de chlorure de calcium à la dose de 0 gr. 20, à 0 gr. 50 par litre au sérum physiologique a été reconnue très favorable. Netter, Capitan, recommandent l'emploi d'un sérum à minéralisation complexe dans lequel le chlorure de calcium augmente la coagulabilité du sang, la tonicité du cœur et des vaisseaux.

Il a été préconisé aussi dans les diarrhées persistantes, dans l'épilepsie, dans la laryngite striduleuse, les convulsions (Netter), la neurasthénie, l'hystérie, l'aliénation mentale. Il agirait ici surtout soit par son action modératrice, soit comme recalcaifiant.

On l'a donné dans certaines céphalées, dans les névralgies ; puis dans le prurit, l'eczéma, l'urticaire.

Sur les engelures, les œdèmes aigus, les épanchements séreux, les œdèmes consécutifs aux diverses vaccinations et au venin de vipère, le chlorure de calcium possède également une action favorable.

Wright avait été amené à rechercher si les éruptions qui se produisent à la suite d'injection de sérum antidiphthérique ne sont pas dues à une diminution de la coagulabilité du sang et à employer le chlorure de calcium comme agent préventif.

M. Netter a vulgarisé cette médication et l'absorption de chlorure de calcium à la dose de 1 gramme par jour, en même temps et pendant les deux jours qui suivent les injections de sérum antidiphthérique préviennent, dans de nombreux cas les accidents sériques. La dose des sels de calcium doit être proportionnelle

aux quantités de sérum injecté et doit être augmentée en cas d'injections répétées.

Citons encore l'albuminurie, les néphrites, la pneumonie, la tuberculose, la grossesse, le coryza, le rachitisme.

Voici maintenant, d'une façon générale, d'après M. Moncany, quelle est sa posologie.

Le chlorure de calcium a été administré par voie gastrique, en injections sous-cutanées, en lavements.

Les injections sous-cutanées sont à rejeter à cause des escarres qu'elles provoquent (Wright).

La voie intra-veineuse est préférée par Silvestri, mais des accidents de thrombose, observés par Dastre et Floresco chez le chien, doivent faire rejeter radicalement les injections endoveineuses (Carnot).

Les lavements sont facilement tolérés et absorbés (Mathieu).

Pratiquement, c'est à l'ingestion que l'on a le plus souvent recours.

On donne, en général, le chlorure de calcium en solution étendue et à doses fractionnées.

La plupart des thérapeutes insistent sur la nécessité de ne pas prolonger le traitement au-delà de plusieurs jours et d'agir par gures discontinues.

Netter recommande d'interrompre la médication un jour sur quatre et de la suspendre tous les huit ou dix jours.

La formule la plus simple est une des plus usitées. On prescrit :

Chlorure de calcium	5 ou 10 grammes
Eau distillée.....	300 grammes

et on fait prendre deux cuillerées à bouche qui contiendront, soit 0 gramme 50 centigrammes, soit 1 gramme de chlorure de calcium suivant le résultat cherché.

On peut aussi masquer l'amertume du sel avec du sirop de menthe.

Le professeur Roger emploie la formule suivante :

Chlorure de calcium cristallisé.	4 à 6 grammes
Sirop d'écorces d'oranges amères	40 —
Eau-de-vie vieille ou rhum.....	30 —
Teinture de cannelle.....	4 —
Eau distillée.....	50 —

Peandoleu (de Nice) recommande cette autre formule :

Chlorure de calcium.....	6 à 8 grammes
Eau distillée.	10 —
Mucilage simple de gomme arabique à 3%.	40 —
Teinture de cannelle	10 —
Lait ou émulsion huileuse, q. s. pour.....	150 —

Le chlorure de calcium peut également être associé aux préparations opiacées, au sirop de codéine, dans le traitement des hémorrhagies.

Contre-indications de la médication recalciante. — L'emploi du chlorure de calcium ne doit pas être prolongé. Il donne, en effet, au-delà d'un degré favorable de concentration des effets inverses.

De plus, on doit l'éviter chez les sujets prédisposés à la rétention calcique et à l'athérome, il ne doit pas être prescrit aux vieillards, aux alcooliques, aux saturnins (Luper et Boneri).

Il ne doit être employé qu'avec précaution, à doses faibles et pendant un temps assez court suivi d'intervalles de repos.

PHARMACOLOGIE

Poudres antimigraineuses et antinévralgiques (1).

Voici une série de formules qui sont basées principalement sur l'association de l'antipyrine, du pyramidon, de l'aspirine, de la quinine, de la phénacétine, etc., association qui peut donner de très bons résultats.

Ces trois groupes de substances, diversement combinées entre elles, ou à d'autres substances analgésiantes, hypnotiques, tonocardiaques ou eupeptiques, fournissent d'innombrables associations synergiques à prédominance antinévralgique.

L'association synergique des trois groupes peut être réalisée par exemple comme suit :

Phénacétine.....	} à à 0 grammes 25
Bichlorhydrate de quinine.....	
Antipyrine.....	

Pour un cachet ; recommandable dans la grippe algique.

On pourra en renforcer l'action analgésique par l'addition d'exalgine et en combattre les effets déprimeurs par addition de caféine :

Caféine.....	} à à 0 gramme 10
Exalgine.....	
Phénacétine.....	
Bichlorhydrate de quinine.....	
Antipyrine.....	0 — 50

Pour un cachet, recommandable dans la grippe algique avec tendance à l'adynamie.

(1) M. Martinet, dans la *Presse Médicale* (No 21).

Pour combattre la névralgie simple ou la migraine, on pourrait supprimer la quinine dans la formule précédente.

Les trois formules suivantes sont très recommandables contre la migraine :

Caféine	0	gramme	05	centigr.
Chlorhydrate de quinine.....	0	—	10	—
Salipyrine.....	0	—	50	—

Pour un cachet.

Acide citrique.....	0	gramme	05	centigr.
Caféine.....	0	—	10	—
Antipyrine.....	1	—		

Pour un paquet.

Caféine.....	0	gramme	05	centigr.	
Phénacétine.....	} àà	0	—	40	—
Salipyrine.....					

Pour un cachet.

L'addition d'acide citrique favorise la tolérance stomacale. On pourrait d'ailleurs transformer toutes les formules précédentes en poudres effervescentes par addition d'acide tartrique, de bicarbonate de soude comme dans la suivante :

Antipyrine.....	1	gramme
Bicarbonate de soude.....	5	grammes
Acidé tartrique.....	2	—
Acide citrique.....	2	—

Pour un paquet effervescent.

Toutes ces substances se prêtent enfin à de nombreuses associations synergiques avec la morphine, les bromures, l'aconitine, la caféine, etc., etc. M. Martinet donne, pour finir, la suivante qui fait merveille contre les *névralgies dentaires* :

Chlorhydrate de morphine.....	1	centigramme
Antipyrine.....	} àà	0
Bromure de potassium.....		gramme
Acide citrique.....	2	grammes
Acide tartrique.....	2	—
Bicarbonate de soude.....	5	—
Lactose.....	5	—

Pour un paquet effervescent.

On pourrait dans la plupart de ces formules remplacer, par exemple, l'antipyrine par le pyramidon ou la salipyrine, la phénacétine, par la lactophénine ou le citrophène, la quinine par l'énquinine ou l'aristochinine, etc.

BIBLIOGRAPHIE

De l'illusion, son mécanisme psycho-social, par le prestidigitateur ALBER, avec une préface de Raymond Meunier. 1 vol. in-16, de la *Bibliothèque de Psychologie expérimentale et de Métapsychie*. Prix: 1 fr. 50 ; franco ; 1 fr. 75. Librairie Bloud et Cie, 7, Place St-Sulpice, Paris (VIe), et chez tous les libraires.

Nous extrayons de la Préface de ce très curieux volume les passages suivants qui en indiquent fort bien la portée et l'intérêt.

“ Depuis longtemps déjà, dit M. Raymond Meunier, je cherchais un auteur capable d'analyser psychologiquement comment il est possible de créer l'illusion. La tâche à proposer était délicate, car il fallait la fonder sur des observations précises et nombreuses et, si besoin était, sur de véritables expériences. Je me suis donc adressé à un illusionniste professionnel et je l'ai fait avec d'autant plus de plaisir que j'ai trouvé en M. Alber un homme pourvu d'une éducation scientifique particulièrement solide, très averti sur nos recherches expérimentales et que ses articles avaient déjà présenté au public scientifique. :

“ J'espère que son livre sera bien accueilli de ce même public, et je le signale particulièrement aux psychologues s'occupant de métapsychie. . . .

“ Il me semble en effet que tous les chercheurs consciencieux doivent reconnaître qu'il y a dans l'ensemble des phénomènes que nous comprenons sous le titre de métapsychiques : 1° des phénomènes psycho-pathologiques ; 2° des phénomènes pittoresques et simulés ; 3° des phénomènes extrêmement intéressants, scientifiquement décelables par les méthodes expérimentales, nous révélant des forces non connues, ou des processus encore inconnus de forces et de phénomènes connus.

“ Pour aborder sans trop d'aventures le domaine mystérieux de la Métapsychie, il faut donc le délimiter, et le délimiter n'est possible que par élimination. Un livre de M. Marcel Viollet, paru dans cette bibliothèque, nous a déjà mis en garde contre l'intrusion des aliénés parmi les occultistes ; quelques pages du présent volume nous permettront de dévoiler les simulateurs et les charlatans. Cette double élimination m'a semblé, en l'occurrence, la méthodologie indispensable ”.

Thérapeutique médicale et médecine journalière, par G. LEMOINE, professeur de Clinique Médicale à la Faculté de Lille. *Cinquième édition*, conforme au Nouveau Codex 1908. VIGOR Frères, éditeurs, 23, Place de l'École de Médecine, Paris. Un volume in8° de 1128 pages, cartonné. 16 fr.

Cette cinquième édition du manuel de thérapeutique clinique de M. le professeur Lemoine est en réalité un livre nouveau, tant elle a été remaniée et complétée. Elle comporte, en effet, soixante-dix chapitres nouveaux.

Lorsqu'en 1896, parut la première édition de ses leçons de thérapeutique, l'auteur n'avait d'autre but que de présenter un résumé de son enseignement et était resté forcément incomplet. Seul les cas cliniques les plus fréquents faisaient l'objet de considérations thérapeutiques et, volontairement, il avait laissé de côté le traitement de maladies moins souvent observées. Dans le livre actuel, au contraire, il a tenu à présenter au praticien un exposé aussi simple mais aussi complet que possible de la thérapeutique usuelle, de celle qu'il doit faire tous les jours, de façon à lui offrir la solution de la plupart des difficultés qui peuvent se présenter à lui.

Mais, dans ce nouveau livre, la méthode qui a présidé aux éditions précédentes est restée la même. L'auteur a cherché à être complet, mais, cette fois encore, il a volontairement laissé dans l'ombre bien des médications et des médicaments, et omis de citer bien des travaux importants. C'est qu'en effet, rien n'est plus difficile pour le médecin qui n'a pas encore acquis une grande expérience personnelle que de choisir, entre toutes les méthodes de traitement qui lui sont proposées pour un même cas, celle qu'il pense devoir être la meilleure. Ce travail de sélection, il a cherché à le faire pour lui ; il ne conseille l'emploi que des médications qu'il croit bonnes et dont la plupart du temps il s'est servi lui-même. Ce livre contient un très grand nombre de Formules choisies parmi les plus usuelles et les plus faciles à exécuter. Toutes ont été soigneusement revues et mises en conformité avec le nouveau Codex 1908. Ce livre n'a aucune prétention à l'érudition ! Il constitue surtout la vulgarisation de la thérapeutique telle que le professeur Lemoine l'enseigne et la pratique depuis vingt ans ; il doit être consulté par ceux qui désirent un renseignement pratique pour traiter un malade et non par ceux qui font des recherches bibliographiques.

En un mot, tout en restant dans le cadre simple des premières éditions, l'auteur a cherché à faire un livre complet en se rappelant cependant qu'il écrivait pour des étudiants et des praticiens.

Technique des bandages et appareils de pratique courante, par le Dr A. BESSON, maître de conférences à la Faculté libre de Lille. VIGOT FRÈRES, éditeurs, 23, Place de l'École de Médecine, Paris. Un volume in-8 écu avec 95 figures. 3 fr.

On n'a pas oublié le vif succès qu'ont obtenu, dans les trois dernières années, les deux éditions de la "*Technique chirurgicale journalière au lit du malade*" de M. le Docteur Adrien Besson. L'auteur, qui se spécialise décidément dans cette étude si utile des questions de pratique journalière, vient d'en faire paraître un important complément sur la "*Technique des Bandages et Appareils de pratique courante*".

Ce Manuel vient à son heure. De nos jours se développent de surprenante manière les Sociétés de Secours aux Blessés, les Œuvres d'assistance, les Ecoles d'infirmiers et d'infirmières; les services que peuvent rendre ces diverses organisations ne peuvent être maintenant niés, même par les plus sceptiques. Il importe donc au premier chef de diriger leur éducation vers un but essentiellement pratique, en leur donnant d'une façon nette et claire les principes fondamentaux qui leur permettront de devenir les collaborateurs précieux du chirurgien.

C'est ce que M. le Docteur Besson, guidé par une expérience déjà longue et se gardant avec soin de toute digression inutile, vient de réaliser avec un rare bonheur dans son dernier ouvrage. La démonstration d'une exactitude rigoureuse, le style élégant et précis rendent attachante la lecture d'un livre que son format commode permet de consulter facilement.

L'ouvrage est illustré de 95 figures, toutes dessinées sur les indications de l'auteur; certains bandages d'une exécution délicate en comportent même plusieurs pour chaque temps différent. L'exécution de ces dessins est particulièrement remarquable, en ce sens que le dessinateur a toujours très heureusement rendu la technique propre à chaque bandage ou appareil.

Ajoutons que pour parfaire son Manuel, l'auteur a ajouté d'indispensables notions sur les principaux appareils de pratique courante (appareils plâtrés, solides en carton, Scultet, gouttières, appareil à extension continue, bande d'Es-march, etc.); il a terminé par un chapitre, qui sera particulièrement apprécié, sur la technique générale d'un pansement.

Ce Manuel, de format élégant et maniable, écrit dans une langue claire et précise, illustré de très démonstratives figures, comble certainement une lacune et rendra d'éminents services tant aux étudiants et aux praticiens, qu'aux Sociétés de Secours aux blessés.

és, aux Ecoles d'infirmiers et d'infirmières, aux Œuvres d'assistance en général ; à ce titre, nous n'avons aucune hésitation à lui prédire une fortune très rapide qui sera, certes, très méritée.

Hygiène oculaire de la première enfance, par le Dr E. GINESTOUS, ancien interne des Hôpitaux de Bordeaux, oculiste de l'Hôpital suburbain des enfants. — VIGOR Frères, éditeurs, 23, Place de l'Ecole de Médecine, Paris. Un volume in-16, 2 fr.

L'aveugle qui, par le fait de son infirmité est incapable de se suffire à lui-même et de subvenir à ses moyens d'existence par le travail, est un membre inutile de la communauté sociale. Bien plus, s'il n'a pas de patrimoine, il ne tarde pas à devenir une charge pour les siens, pour l'Etat, les départements et les communes. L'aveugle n'est plus qu'une non-valeur, il est une source de dépenses pour son pays. C'est donc faire œuvre sociale que de lutter contre la cécité. Assister l'aveugle est bien, mais empêcher un être en pleine vie de perdre la vue est encore mieux. C'est ce que l'auteur a voulu nous démontrer dans cet ouvrage. Citant les statistiques des Quinze-Vingts, il prouve que la moitié des aveugles pensionnés par l'Etat auraient pu, avec des soins hygiéniques, ne rien coûter à leurs concitoyens.

Après avoir indiqué les causes de la cécité infantile, il passe en revue les affections oculaires de la première enfance, il donne les indications nécessaires pour leur traitement. Placé dans un milieu où il a pu étudier de près toutes ces affections, le Dr Ginestous était tout désigné pour écrire ce petit livre qui rendra, nous n'en doutons pas, les plus grands services aux personnes qui s'occupent d'hygiène infantile. C'est un appel en faveur de ces malheureux déshérités dont on pourrait bien souvent, avec quelques soins intelligents, conserver la vue.

L'Asthme. Etiologie, pathogénie et traitement, par le Dr R. MONCORGÉ, médecin consultant au Mont-Doré. — VIGOR Frères, éditeurs, 233 Place de l'Ecole de Médecine, Paris. Un vol. in-8° carré. 4 francs.

L'auteur se borne à l'étiologie et à la pathogénie comme étant plus propices à l'exposition de ses idées personnelles, et à la thérapeutique comme étant la partie la plus utile. Et même, en pathogénie, il néglige volontairement la voie centrifuge, c'est-à-dire

l'accès, pour ne s'occuper que de la voie centripète, comprenant les causalités profondes et le mécanisme générateur de l'asthme. Pour lui, l'asthme n'est pas une entité nosologique, ce n'est qu'un symptôme, un syndrome, réflexe le plus souvent. Il n'y a pas d'asthme essentiel, tout asthme est symptomatique. Il n'y a pas de cause univoque de l'asthme, mais "tout" peut le conditionner, maladies locales organiques ou organo-fonctionnelles — et maladies générales. Il fait une part prépondérante à l'infection, à l'intoxication, à l'auto-intoxication, qui conditionnent l'hyperexcitabilité générale et finalement cette hyperexcitabilité bulbaire spéciale, cette réflexo-ataxie appelée asthme. L'arthritisme — dont il fait une auto-intoxication par ingesta — reste le grand facteur de l'asthme. La tuberculose revendique "son asthme" au même titre que toute infection. L'auteur, en passant, rejette la catégorie des pseudoasthmes, dont il fait des asthmes "vrais".

L'asthme, n'ayant pas une cause univoque, ne saurait avoir un traitement unique. La médication rationnelle doit être causale et pathogénique ; chaque asthme a son traitement superposable à sa pathogénie, chaque asthmatique est une question d'espèce. L'auteur pose en principe que tout asthme bien traité doit guérir. Il passe en revue les diverses formes, les divers types cliniques si nombreux, et indique pour chaque cas la méthode thérapeutique qui convient : hygiène, climatothérapie, régime, cure hydro-minérale, agents médicamenteux.

La Rééducation physique et psychique, par le Dr LAVRAND, professeur à la Faculté libre de médecine de Lille. 1 vol. in-16, de la *Bibliothèque de Psychologie expérimentale et de Métapsychie*. Prix : 1 fr.50 ; franco : 1 fr. 75 Librairie Blond et Cie, 7, Place Saint-Sulpice, Paris (VIe), et chez tous les libraires.

Le petit livre du Dr Lavrand établit de la meilleure façon l'influence que pourront demain exercer sur la thérapeutique tout entière les progrès des sciences psychologiques et une connaissance théorique un peu plus avisée des divers mécanismes neuro-musculaires et sensitivo-sensoriels. C'est en effet en se fondant sur l'analyse psychologique que le Dr Lavrand a pu examiner de façon synthétique les diverses rééducations physiques et psychiques tentées par la thérapeutique contemporaine.

"La rééducation, dit très justement l'auteur, part de cette constatation (et ses succès en montrent la vérité), à savoir que le trou-

ble fonctionnel dépasse toujours et souvent de beaucoup la lésion organique. Le psychisme et le physiologisme (physique ou matériel), s'entremêlant d'une façon si intime dans tous nos actes, la rééducation efficace devra toujours être à la fois physique et psychique à des degrés divers".

SUPPLEMENT

DIARRHÉE INFECTIEUSE

PAR WILLIAM EDWARD FITCH, M. D.,

Professeur de chirurgie, Université de Fordham, Ecole de Médecine, New-York City.

Nous traiterons sur ce sujet de l'infection du petit et du gros intestin comme une seule maladie.

Nous procéderons de suite au traitement sans étiologie ni symptôme

Il faut d'abord évacuer l'intestin, et le calomel semble être le médicament de choix.

Chez un enfant de deux ans nous donnons trois grains de calomel avec sucre de lait, divisé en trois poudres et administré d'heure en heure, suivi d'une dose d'huile de ricin qui produit des selles abondantes ; ensuite un bon lavage d'intestin d'une partie de Glyco-Thymoline, une partie d'eau de chaux et deux parties d'eau distillée.

Une pinte de cette solution est employée en lavage au moyen du tube intestinal retenu en place jusqu'à évacuation.

La Glyco-Thymoline est aussi très utile chez les enfants en-dessous de deux ans, à la dose de 30 ou 40 gouttes dans une cuillerée à soupe d'eau toutes les quatre heures, comme antiseptique et astringent intestinal sans affecter les fonctions digestives.

C'est aussi un médicament efficace dans toute inflammation catarrhale de l'intestin, il empêche l'absorption des toxines, diminue les sécrétions, améliore la condition.

Dans ces cas, les lésions principales affectent le colon particulièrement, et l'absorption est très rapide, et de là j'ai conclu qu'un lavage antiseptique alcalin serait logique et effectif ; car non seulement il favorise l'évacuation, mais aussi nettoie les muqueuses et favorise la guérison.

La diète est aussi un point important qu'il faut savoir diriger.

L'ENTERO-COLITE ET CHOLERA INFANTILE

Les observations suivantes publiées par un médecin bien connu de Denver, seront d'un grand secours dans le traitement de ces deux maladies :

“ Nettoyez votre intestin avec une dose de calomel et purgatif salin ou de l'huile de ricin.

“ Donnez une diète appropriée, d'une digestion facile et non irritante.

“ Lavez de temps en temps le rectum et colon avec une solution saline ou un antiseptique léger, vous servant à cet effet d'un cathéter en caoutchouc mou ou d'un tube fil colon.

Au lieu d'opiat, qui ne servent qu'à diminuer les sécrétions et par conséquent augmenter l'auto-intoxication, diminuez la rigidité musculaire, et les douleurs lancinantes qui affaiblissent les forces vitales, par une application locale d'*antiphlogistine* aussi chaude que possible sur toute l'étendue de l'intestin et recouvrez avec une couche de coton absorbant.

“ Si le patient n'est pas en danger, l'effet est merveilleux. Le patient dont la figure indique la douleur, et qui jusqu'alors souffrait beaucoup, se calmera rapidement dans la plupart des cas, l'expression de la face se modifiera et le sommeil réparateur s'en suivra avec une convalescence heureuse ”.

HORLICK'S MALTED MILK

Diète lactée fortifiante, parfaitement adaptée au pouvoir digestif des enfants, éliminant ainsi les dangers d'infection et bien toléré par les estomacs les plus faibles.

Spécialement indiqué l'été dans le choléra des enfants, la dysenterie, et dans toute autre maladie particulières aux chaleurs d'été.

Diète fort appréciable dans la typhoïde, la gastro-entérite et dans tous les cas de dérangement des voies digestives.

Echantillons sur demande sans aucun frais de transport à la profession médicale.

HORLICK'S MALTED MILK CO.,

RACINE, Wisconsin.

GILMOUR BROS. & CO.,

25 St. Peter St., MONTRÉAL.

Seuls agents au Canada.