

PAGE

MANQUANTE

A NOS ABONNÉS

Par suite de circonstances incontrôlables, la livraison de notre journal s'est trouvée retardée. Nos lecteurs voudront excuser ces irrégularités passées, que nous saurons éviter à l'avenir.

Traitement du Cancer de l'Uterus

PAR LE DR FRANÇOIS DE DEMARTIGNY

*Chirurgien de l'Hotel-Dieu, Ancien Assistant
Chirurgien de l'Hopital Péun de Paris.*

La question du traitement du cancer de l'Utérus (corps ou col) est l'une des questions les plus angoissantes de la chirurgie abdominale. La mortalité causée par le cancer de l'utérus augmente malgré la chirurgie et ses progrès, malgré toutes les opérations que nous lui opposons. En 1905 à propos d'un utérus cancéreux que je présentais à la société je demandais : " Possédons-nous pour les cas de cancer utérin ou nous pouvons intervenir tout au début un traitement véritablement curatif, ou tous les traitements qualifiés de curatifs ne sont-ils que des traitements palliatifs ? Le traitement curatif actuel tend-il à autre chose qu'à prolonger la vie du malade de quelques mois à quelques années."

Trois ans se sont écoulés, et malgré les congrès et les communications diverses, la meilleure réponse que l'on puisse donner à cette question, je la trouve dans la dernière édition de Pozzi : " Accueillie d'abord avec enthousiasme l'hystérectomie pour cancer n'a pas tenu ce qu'elle promettait.

" Pratiquée par la voie vaginale ou par la voie abdominale l'ablation totale de l'utérus pour cancer ne constitue pas la cure radicale que l'on avait espérée. Elle ne donne qu'une guérison temporaire."

C'est pourquoi les chirurgiens les uns après les autres abandonnent les opérations qui produisent des délabrements considérables, et ne pratiquent plus l'évidement du petit bassin. J.-L. Faure, l'un des vulgarisateurs de l'évidement, écrivait tout dernièrement dans la

Presse médicale de Paris : " J'ai voulu moi aussi dans les premiers temps, faire de ces grands évidements pelviens qui sans donner plus de chances de guérisons définitives aggravent effroyablement l'opération. La plupart de ceux qui en ont fait y ont renoncé maintenant, j'y ai renoncé moi-même, je n'en ferai plus, et j'ai le ferme espoir de ne plus revoir désormais cette excessive mortalité."

Pozzi écrit : " L'ablation des ganglions et du tissu cellulaire pelvien (évidement) a passé par deux périodes : l'une initiale où on la pratiquait, pour ainsi dire, comme complément obligatoire, dans des cas où l'hystérectomie était faite pour des cancers avancés. Il s'agissait d'enlever les tissus manifestement lésés. Le but de l'opération était alors d'étendre les limites de l'intervention radicale. Dans une seconde période, l'hystérectomie était faite pour des cancers du début, on enlevait les ganglions dans un but prophylactique autant que curateur. Les ganglions étaient extirpés systématiquement à cause de leur dégénérescence actuelle ou future. L'indication de l'ablation des ganglions qui a correspondu à la période initiale des évidements pelviens se tirait donc de l'état très avancé des cas que l'on opérerait. Elle est actuellement abandonnée, même par ses promoteurs. La seconde indication, au contraire, compte encore quelques partisans qui surajoutent l'extirpation ganglionnaire à l'hystérectomie abdominale en vue d'une guérison plus durable. L'opération est de ce fait compliquée et aggravée. Je me suis élevé contre cette pratique parce que je pense que la mort en cas de cancer est rarement le fait de l'adénopathie."

Ce qu'il faut, c'est opérer assez tôt pour prévenir l'envahissement et non le poursuivre, car alors il est trop tard.

Devons-nous conclure qu'en face d'un cancer de l'utérus, il n'y a qu'à se croiser les bras et à laisser évoluer la maladie vers sa terminaison fatale ?

Nous ne sommes pas tout à fait désarmés, nous avons pour combattre le cancer utérin le traitement chirurgical. Ce dernier se divise en trois, suivant que l'on se trouve en face :

D'un cancer du col au début.

D'un cancer du corps, n'ayant pas dépassé l'organe.

D'un cancer ayant envahi les tissus voisins.

Quand on se trouve en face d'un cancer limité au col de l'utérus, qui n'a pas envahi le vagin, ni le corps que l'utérus n'est pas augmenté de volume du fait du cancer, qu'il est mobile, indolore, je suis de l'opinion de Richelot, l'opération de choix, la moins meurtrière

des opérations radicales dirigées contre le cancer utérin, la plus bénigne qui offre une efficacité aussi grande que tout autre opération, est l'hystérectomie vaginale.

Si l'on diagnostique un cancer ayant envahi le corps, si l'on trouve un organe augmenté de volume par le néoplasme, si l'on soupçonne que les culs de sac soient infiltrés, l'opération de choix est alors l'hystérectomie abdominale avec ablation d'une large collerette vaginale, sans recherche des ganglions.

Si, ce qui arrive malheureusement trop souvent, on est consulté par une femme ayant toutes les apparences d'une bonne santé, et que l'examen vaginal nous permet de constater un cancer ayant dépassé l'utérus, ayant envahi les ligaments larges, les culs de sac, le paramètre utérin et le vagin, on doit refuser de faire l'hystérectomie, quoique certains chirurgiens opèrent encore ces cas. Il ne nous reste qu'à combattre les hémorragies, par les cautérisations au fer rouge, (thermo ou galvano cautère) à faire des parsements antiseptiques astringents et à calmer la douleur à l'aide de la morphine à dose progressive.

Je crois que ce sont là les opérations rationnelles à opposer au cancer de l'utérus suivant la période de la maladie que l'on constate.

J'ai opéré depuis 1903, 25 cancers de l'utérus. J'ai pratiqué dans 12 cas l'hystérectomie abdominale pour cancer du corps, avec trois morts, soit 33.100 de mortalité.

Treize fois j'ai pratiqué l'hystérectomie vaginale pour cancer limité au col avec une mort : soit 7.100 de mortalité.

Cette statistique est sensiblement la même que celle des autres chirurgiens, je cite :

Pozzi : Hystérectomie abdominale, mortalité 26.100
Hystérectomie vaginale : mortalité 15.100.

Richelot : Hystérectomie abdominale : mortalité 37.100
Hystérectomie vaginale : mortalité 7.100.

Terrier : Hystérectomie abdominale mortalité : 22.100
Hystérectomie vaginale : mortalité 16.100.

Samson : Hystérectomie abdominale mortalité 33.100
Hystérectomie vaginale mortalité 11.100. etc. etc.

Les statistiques donnent une écrasante supériorité à l'hystérectomie vaginale. Mais il faut avouer que l'hystérectomie vaginale ne s'attaque qu'aux cancers du début, aux cancers du col, tandis que par l'hystérectomie abdominale on opère des cas plus avancés.

Je crois donc pouvoir tirer les conclusions suivantes : Nous ne possédons pas encore de traitement réellement curatif pour le cancer de l'utérus, et le meilleur traite-

ment, celui qui donne la plus longue survie aux malades, est l'hystérectomie totale.

L'hystérectomie vaginale moins dangereuse est l'opération de choix dans les cancers du col au début.

L'hystérectomie abdominale totale est l'opération de choix, dans les cancers ayant dépassé le col mais n'ayant pas envahi les tissus voisins.

Quand le cancer a dépassé l'utérus et envahi les organes voisins on ne doit plus tenter d'opération radicale, illusoire dans ces cas, mais seulement combattre les symptômes, hémorragies et douleurs.

Le tréponème pallide

AGENT ETIOLOGIQUE DE LA SYPHILIS

Par D. A. Hingston, M. D., F. R. C. S. Ed. M. R. C. S.,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Quand, dans le mois de mai 1905, Schaudinn et Hoffmann, de Berlin, annoncèrent qu'ils avaient découvert l'agent étiologique de la syphilis, les pathologistes et syphiligraphes furent lents à accepter leur découverte.

Depuis le seizième siècle la syphilis était reconnue comme une maladie infectieuse, et depuis Pasteur il était admis qu'il y avait sans doute quelque micro-organisme comme cause de cette maladie. Mais l'honneur devait revenir à Schaudinn d'en trouver l'agent et de le décrire. Depuis quelques années on faisait des recherches scientifiques sur l'inoculabilité de la syphilis aux singes.

En 1879, Klebs réussissait à inoculer un singe, qui bientôt montrait des lésions primaires et secondaires. D'autres observations analogues furent publiées plus tard par Martineau et Hamonic, par Sperk et par Nicolle.

En décembre 1903, Metchnikoff et Roux commencèrent la publication d'une série de recherches expérimentales sur les singes. Ils montrèrent que le succès dans la transmission de la syphilis de l'homme au singe, dépendait de l'espèce de singe choisie. Les singes les plus rapprochés de l'homme dans l'échelle animale, les singes anthropoïdes, comme les chimpanzés sont les seuls qui sont vraiment susceptibles à l'inoculation. Les singes infectés montrent, après un mois d'incubation, des chancres primaires, et, un mois plus tard, des lésions

secondaires : plaques muqueuses et hypertrophie des ganglions.

Salmon, Finger, Landsteiner et plusieurs autres, par diverses expériences sur les singes, avaient accumulé les preuves tendant à prouver l'existence de quelque micro-organisme dans le virus syphilitique : mais ils n'avaient pu l'isoler.

La découverte de Schaudinn, quoique prévue, est donc de la plus haute importance.

Schaudinn a réussi à isoler un micro-organisme de forme spirale qu'il appela à cause de sa coloration difficile et indistincte—du nom de "Spirochète pallida." Aujourd'hui on l'appelle "Treponema pallida de Schaudinn" et il est admis presque avec certitude que voilà l'agent causal de la syphilis.

Le tréponème pallide d'après la description de Levy-Bing est un micro-organisme de forme spirale et très mobile.

Examiné sur une préparation fraîche, le tréponème apparaît presque incolore, "pâle," en un mot. Cette pâleur se manifeste encore sur frottis colorés.

La longueur oscille en général entre 4 et 14 m et peut atteindre 20 m. Le diamètre atteint au maximum $\frac{1}{4}$ m et parfois échappe par sa petitesse à toute mesure.

Le filament qui constitue le tréponème est cylindrique. Le nombre de spires est très variable, de 8 à 14 en moyenne, il peut s'élever à 30.

Les spires sont serrées et abruptes, s'opposant ainsi à celles du spirocheta refringens, lâches et mal accentuées. Les extrémités sont effilées en pointes extrêmement ténues.

A chaque extrémité du spirille existe un filament long et ténu, un prolongement terminal du périplaste. C'est l'existence de ce filament qui fait classer le micro-organisme comme "tréponème"—un protozoaire ressemblant au trypanosome—et non comme "spirochète" ainsi que l'avait nommé Schaudinn.

Les tréponèmes se trouvent d'une manière presque constante dans toutes les ulcérations primitives et secondaires à la syphilis.

Ils s'accumulent surtout dans les couches profondes de l'épiderme et du corps papillaire du derme.

Pour les trouver il suffit de bien gratter la base d'une ulcération et d'enlever l'exsudat sanguinolent, avant de faire un frottis épais. La coloration se fait par la méthode de Giemsa qui utilise une solution, toute préparée dans le commerce, d'azur-éosine dans la glycérine et l'alcool méthylique Levaditi de l'Institut Pasteur a indiqué une méthode de coloration par l'imprégnation

argentique, qui permet de trouver les tréponèmes dans les tissus.

Depuis la découverte de Schaudinn, de nombreux travaux ont été publiés sur la question, tous ajoutent des preuves quasi incontestables de la précision de la découverte.

La tréponème a été trouvé dans toutes les variétés de lésions syphilitiques, même celles de la syphilis héréditaire.

Le tréponème n'a jamais été trouvé en dehors des lésions syphilitiques.

Le traitement mercuriel, exerce dans un grand nombre de cas, une influence évidente sur le tréponème, qui disparaît rapidement des lésions syphilitiques.

Nous pouvons donc conclure avec le Dr Levy-Bing, "que dès aujourd'hui malgré l'absence de culture du tréponème, on est en droit d'affirmer sa spécificité comme agent causal de la syphilis."

Diète et typhoïde.

Jusqu'ici le régime lacté exclusif, ou légèrement mitigé, était le seul admis au cours de la fièvre typhoïde, et bien téméraire le médecin qui osait y soustraire ses malades. Le lait, en effet, ouvrait les émonctoires, facilitait la diurèse et prévenait les toxi-infections alimentaires. Ces avantages réunis à d'autres, en faisaient un aliment de choix, auquel il fallait recourir. Mais le régime avait aussi des inconvénients : il répugnait souvent au malade, exposait même aux fermentations gastro-intestinales, et pauvre en calories (20 calories par 30 grammes de lait) il ne répondait pas aux besoins de la nutrition. C'est pourquoi l'opinion classique continuera peut-être d'évoluer, comme elle l'a fait depuis cent ans. Si nous nous reportons, en effet, au début du siècle dernier, fièvre était synonyme de cure de famine, et les malheureux typhiques, alors astreints au régime de l'eau, devaient pour faire mourir leur fièvre, périr d' inanition. Graves, en 1835, s'éleva contre ces rigueurs, et l'on se mit à nourrir les malades, peu à peu l'on ajouta au régime : des bouillons, des potages légers, de l'eau albumineuse et surtout du lait. Depuis une vingtaine d'années, le mouvement s'accroît et des médecins de pays différents recommandent des diètes de plus en plus variées et de plus en plus abondantes, à tel point, que cer-

taïns auteurs se demandent. S'il ne serait pas rationnel de suralimenter les typhiques.

Cette lente et profonde modification dans la diététique, est l'aboutissant d'un principe nouveau, inverse de l'ancien : i. e. que l'apport doit suffire à la dépense, et qu'à dépense exagérée par l'activité fébrile, il faut surcroît d'apport proportionnel, sinon, au lieu de prendre son combustible dans ses aliments, le malade le soustrait à ses tissus et maigrit d'autant plus vite, que l'écart est plus prononcé entre la dépense et l'apport extérieur d'énergie calorique.

Ainsi des expériences nombreuses ont prouvé que la consommation quodidienne, chez un individu normal, au repos, varie entre 30 et 35 calories par kilogramme de poids, soit environ 2,100 à 2,450 calories pour un homme en santé de 70 kilogrammes, alors qu'elle peut atteindre 3,000 à 3,500 calories sous l'influence de la fièvre. Pour conserver son poids, l'homme sain doit puiser dans ses aliments une équivalence dynamique, et la privation, nuisible en santé, ne peut être bienfaisante en maladie, lorsque le besoin est accru. Aussi une émaciation rapide diminue vite la résistance des hyponourris, qui à détruire sans compensation leur source d'énergie, épuisent en peu de temps leurs réserves, et brûlent les étapes ou n'acquièrent que tardivement l'immunité qui leur permet d'entrer en convalescence.

Cette théorie rationnelle ne demande qu'à être mise en pratique. Bien entendu, dans le choix des aliments, il ne saurait être question de ceux qui sont fermentescibles, de digestion difficile, ou qui laissent de trop larges résidus, mais de ceux dont l'usage a montré l'innocuité. Parmi ces derniers, les hydrocarbonnés semblent le mieux rencontrer les desiderata (la lactose a été employée, associée au lait, aux doses de 400 à 600 grammes par jour), puissante source d'énergie, moins que les graisses et les albuminoïdes, ils exposent aux toxi-infections : ils possèdent en plus, sous le même volume, un plus grand nombre de calories. C'est donc à cette classe d'aliments, que théoriquement, il faut faire appel, dans la diététique du févreux. Il ne reste plus qu'à déterminer sous quelle forme, appétissante et agréable au goût, on doit les prescrire, c'est le but des recherches actuelles de Coleman et Schaffer.

Toute nouvelle méthode de thérapeutique a besoin de s'appuyer sur des statistiques : quelques-unes déjà parues, parlent en faveur de l'alimentation maxte. Buschew, sur 398 malades ainsi traités, a eu une mortalité de 8.6 p. c. ; Friedrich Müller, de Munich, sur 87 malades, en a perdu 13.6 p. c. Pour lui la suralimenta-

tion est le seul moyen de combattre les pernicieux effets de l'autophagie. Enfin Nichols a réuni 1518 cas, avec une mortalité moyenne de 6.9 p. c. Ces heureux résultats obtenus avec des diètes généreuses, encore insuffisantes en calories, promettent pour bientôt de meilleures statistiques.

Enfin Coleman et Schaffer, au cours d'une communication récente à l'académie de médecine de New-York disent que si les recherches ne sont pas encore complétées, les résultats acquis justifient l'espérance prochaine, de pouvoir contrôler en partie l'émaciation, par l'emploi de diètes riches en calories. Et maintenant, continuent-ils, quel sera l'effet du régime, sur l'évolution de la fièvre : En l'absence d'expériences plus nombreuses, il semble logique de croire, qu'à relever le taux de la nutrition, on doit plutôt aider le malade, dans sa lutte contre l'infection, et partant aider la convalescence, ou prévenir les complications.

Cependant, il est bon d'ajouter, que l'alimentation doit être modérée ou suspendue, lorsqu'il y a des troubles prononcés de gastroentérite, ou des menaces d'hémorragie ou de perforation. Et, pour terminer, disons avec le Dr Manges, que la diète généreuse n'est pas toujours nécessaire, et qu'il vaut mieux s'en tenir au lait, chaque fois que le malade s'en trouve bien, et n'en éprouve pas de dégoût.

LUDOVIC VERNER, M.D.,

Assistant au service de Médecine de l'Hôtel-Dieu.

Nécrologie.

Le professeur Cornil

Après Brouardel, Terrier,—puis coup sur coup, Cornil ! La grande faucheuse a depuis quelques mois fortement éprouvé la Faculté de Paris,—sans toutefois réussir à toucher son prestige. " Le flot succède au flot ",—les professeurs s'envont, les professeurs arrivent, et le talent des nouveaux venus, élèves des maîtres qui disparaissent, rayonne à son tour dans le monde scientifique.

Le Prof. Cornil était une " figure " dans le monde médical de Paris. Pionnier d'une science nouvelle, il eut l'incontestable mérite de faire connaître en France, avec le concours de Charcot et Gombault, l'anatomie pathologique microscopique. Préparé par les travaux

de Bichat, Dupuytren et Cruveilhier,—il ne craignit pas, après les propositions sensationnelles de Virchow sur la "Pathologie cellulaire",—d'aller demander au maître allemand l'initiation à la Science Nouvelle.

D'une admirable constance au travail, d'un esprit chercheur et clairvoyant, d'une mentalité scientifique toute personnelle, expérimentateur tenace, il a marqué sa carrière par plus d'une découverte originale, dont il a émaillé ses nombreuses publications depuis un temps quasi immémorial, dirions-nous.

Lié d'une amitié solide et inaltérable avec Ravier, il publia en collaboration avec lui, ce Manuel d'Histologie Pathologique, qui fut en France le premier grand ouvrage sur la pathologie microscopique. Une nouvelle édition de ce traité, repris avec des collaborateurs aussi brillants que savants, Letulle, Brault, Dominici, Gombault, Jolly.....continue d'assurer à la France sa position au premier rang des sciences microscopiques,—à côté de son émule d'Outre Rhin.

"Esprit largement ouvert au progrès, avide des connaissances nouvelles", Cornil sous le souffle de Pasteur "refondit dans un moule nouveau la pathologie traditionnelle" qu'il présenta sous le jour des idées nouvelles.

D'une diction calme et lente, d'un geste sobre, Cornil n'était pas le brillant et entraînant professeur, dont est si coutumière la Faculté de Paris,—que sont ses élèves Letulle et Brault. Son calme, ses méthodes, nous rappelaient Virchow, tel que nous l'avons connu à Berlin aux dernières années de son professorat. Comme le maître allemand, le maître français pensait que le savant n'a pas le droit de s'enfermer dans les satisfactions si facilement égoïstes d'une science de laboratoire. Tous deux étaient convaincus que tout homme doit un peu de lui-même au progrès et à l'amélioration de la société. Ceux qui connaissent la carrière de Virchow savent grand et admirable philanthrope qu'il fut et demeura toujours. Cornil de son côté se mêla à la vie publique et s'occupa à la Chambre, puis au Sénat des questions d'intérêt général et de santé publique.

Ceux à qui il a été donné d'approcher et de connaître le Prof. Cornil, se demandent ce qu'il faut le plus admirer : la valeur scientifique ou la modestie, la largeur d'esprit ou l'honnêteté de l'homme et du savant

E. ST-JACQUES

Agrégé à l'Université Laval, Chargé du cours
d'Anatomie Pathologique.

Lettre de Paris.

(de notre correspondant spécial)

PARIS, avril.

Les concours, la vacance de Pâques —et que sais-je encore, sont cause de mon long silence.

Le Sociétés Médicales ont repris leurs séances et plusieurs ont eu des discussions intéressantes.

La Soc. de chirurgie s'est occupée dernièrement de la péritonite par perforation intestinale au cours de la fièvre intestinale.

M. Michaux, qui a fait une revue détaillée de la question dit que les opérations, en France et même en Europe, ne sont pas nombreuses. Sur 358 observations relevées par M. Cazin en 1904, 49 seulement sont françaises, avec 40 morts et 9 guérisons. La plupart des observations sont anglaises, et surtout américaines. Dans ces quatre dernières années, on trouverait facilement, aux Etats-Unis, tout près d'une centaine de travaux ou d'observations d'interventions chirurgicales pour perforations typhiques. Parmi ces faits, M. Michaux a relevé, sans grande peine, une quarantaine de guérisons.

Pour le moment, il se borne à établir les conditions les plus favorables à l'intervention chirurgicale. Elles sont au nombre de quatre : jeune âge du sujet ; perforation de la convalescence ou du début ; précocité de l'intervention ; simplicité et rapidité de l'acte opératoire.

1° *Jeune âge du sujet.* Les résultats sont d'autant meilleurs qu'on opère chez des sujets jeunes. D'après G. Woolsey, le pourcentage des guérisons chez les enfants de six à quinze ans est d'environ le double de celui des adultes.

2° *Epoque de la perforation par rapport à la maladie.* Les opérations faites au début, dans les deux premières semaines de la maladie; ou à la fin, dans la convalescence, sont celles qui donnent les meilleurs résultats.

3° *Précocité de l'intervention.* Tous les chirurgiens s'accordent à penser, avec Lejars, que le plus tôt c'est le mieux. Sur 113 cas de la statistique d'Hartmann, 75 opérés dans les vingt-quatre premières heures ont donné 19 guérisons, soit 25,33% ; 38 opérés après vingt-quatre heures n'ont donné que 6 guérisons, c'est-à-dire 13,63%.

4° Il va de soi que plus l'intervention sera simple

et rapide, plus elle sera favorable. Le plus souvent la perforation intestinale typhique est petite et unique (138 fois sur 167. Keen.)

M. Michaux souhaite que cette note incite les médecins à poser plus vite encore, si possible, le diagnostic pour nous faire appeler plus vite auprès des malades dans des conditions qui améliorent encore les résultats opératoires.

Quant au mode d'intervention, tous les orateurs ont été d'accord sur la difficulté de suturer les perforations dans des tissus œdématisés, se déchirant facilement, et sur le peu de garanties qu'offrent de pareilles sutures, ainsi qu'en témoigne la fréquence des récidives de la perforation.

Aussi M. Souligoux pense-t-il que la résection intestinale serait beaucoup plus indiquée que la simple suture. M. Loison serait plutôt disposé à essayer du simple abouchement de la perforation à la peau. M. Tuffier considère ces opérations, surtout la première, comme trop longues, partant comme trop graves pour des malades dont la résistance est déjà très affaiblie par l'infection typhique, et il conseille la simple suture de la perforation, mais en ayant soin de mettre au contact de cette suture un gros drain, de façon à s'assurer contre les risques d'une reproduction de la perforation.

M. Moty a eu deux fois l'occasion d'intervenir et ses malades sont morts. Le premier, opéré cinq heures après le début des accidents, est mort le lendemain soir ; le second, opéré également à la cinquième heure, n'a succombé qu'au bout de quatorze jours. L'autopsie montra que la perforation avait été bien obturée, mais que la mort était due à deux abcès enkystés et fétides l'un pelvien, l'autre sous-hépatique.

M. Toussaint est intervenu lui aussi dans deux cas qui se sont terminés par la mort. Dans les deux cas l'opération montra des ganglions mésentériques volumineux et ramollis. Chez le second malade, qui a survécu dix-huit jours, l'autopsie a fait voir une péritonite enkystée due à l'éclatement d'un de ces ganglions.

M. Poncet (de Lyon) relate la statistique de son service qui renferme sept cas, tous terminés par la mort. Quatre, au moins, de ces cas, concernent des typhus ambulatoires : or, cette variété de typhus favorise, à n'en pas douter, la perforation.

Au point de vue du diagnostic, M. Poncet insiste sur la douleur brusque et violente accusée par tous ses malades. Dans un cas, le pouls était normal. Aucun malade n'a eu ni disparition de la matité hépatique ni hypothermie.

M. Delbet n'a observé qu'un seul cas. Un des symptômes les plus frappants avait été la dysurie. Le malade succomba quelques heures après la laparatomie, après avoir présenté des vomissements noirs.

M. Rochard insiste sur les fausses perforations qui mènent souvent à un diagnostic erroné et à une intervention inutile. Heureusement, dans un cas qui lui est personnel, comme dans le cas de M. Morestin, le malade a guéri et M. Rochard est d'avis que, dans le doute, il ne faut pas s'abstenir. La gravité de l'intervention n'est pas telle qu'il soit permis de ne pas en faire bénéficier les malades.

M. Ricard a eu deux fois l'occasion d'opérer des malades atteints de perforation et de les guérir. Dans le premier cas, il est intervenu deux heures et demie après le début des accidents. Il a trouvé un bloc d'anses intestinales agglutinées, et au milieu de la masse, l'une d'elles était perforée. La grande cavité péritonéale était indemne et le malade guérit après suture.

Dans le deuxième cas, il s'agissait d'une femme opérée vers la douzième heure de sa perforation. Le péritoine contenait une assez grande quantité de liquide bouillon sale : sur l'intestin grêle une perforation de deux millimètres de diamètre et, tout autour, quelques points blancs, ressemblant grossièrement à des boutons d'acné ! on aurait dit des perforations imminentes. La malade guérit après invagination de toute la plaque de Peyer et suture.

M. Sieur, médecin militaire, est intervenu dans trois cas et les trois malades sont morts. Il insiste sur deux symptômes qu'il a eu l'occasion d'observer à plusieurs reprises et qui sont : 1^o la dysurie ; 2^o l'arrêt brusque des matières chez des malades qui sont, en général atteints de diarrhée. Le détail des trois observations de M. Sieur prouve que, dans un grand nombre de cas, la mort est due, non pas à la perforation intestinale, ni à l'intervention qui a suivi, mais à la gravité même de la fièvre typhoïde, gravité mise en évidence par les autopsies qui ont montré un intestin grêle très malade.

A la Société Médicale des Hôpitaux, M. Hayem nous entretenait dernièrement de l'ictère chronique splénomégalyque. M. Hayem a décrit, dès 1898, ce type clinique caractérisé par un ictère chronique de durée pour ainsi dire indéfinie, une anémie plus ou moins intense, une hypertrophie quelquefois considérable de la rate avec augmentation légère du volume du foie, une

cholémie nette avec urobilinurie, sans cholurie. Sa description d'alors était basée sur cinq cas, dont quatre bien étudiés. C'est ce type clinique qui a été étudié à nouveau par MM. Chaufflard, Vidal et Vaquez, sous le nom d'ictère hémolytique. Quant à la nature de ce syndrome, M. Hayem, étudiant minutieusement les observations de ses quatre malades, relève chez eux des stignates d'héredo-syphilis : il se demande s'il ne faut pas voir dans cette maladie une manifestation de la syphilis héréditaire, et croit le traitement spécifique indiqué, et à coup sûr moins dangereux qu'une splénectomie, chez de tels malades.

M. Pissavy rapportait également l'histoire d'un homme de vingt-cinq ans qui entra à l'hôpital pour une rechute de *fièvre typhoïde* : la température descendit rapidement sous l'influence de la balnéothérapie, mais sans qu'il se produisit corrélativement d'amélioration de l'état général ; au contraire, l'adynamie augmentait des vomissements muqueux et bilieux apparaissaient, et quelques jours après, on pouvait constater un ictère franc, une augmentation de volume du foie, choirie et fièvre : la guérison ne survint qu'après une convalescence très pénible. Ces ictères typhiques infectieux sont assez rares, et leur gravité, très invariable, peut aller de l'ictère le plus bénin à l'ictère grave.

M. Rosenthal et Mlle Joffé citaient deux cas de *rhumatisme cérébral*. Le premier, survenu chez un alcoolique, est superposable au cas classique de Trousseau : la mort survint en quelques heures, après des scènes d'agitation extrême et de lutte avec les infirmiers. Le second cas s'est terminé par guérison. L'ensemencement anaérobie du sang fut négatif pendant la vie chez le premier malade, alors que l'on put déceler, *post-mortem*, au niveau de l'œdème cérébral, le bacille de d'Achalmé. Le même bacille fut trouvé dans le sang du second malade.

M. Marcel Lubbé fit ressortir l'importance du terrain névropathique chez les malades qui font du rhumatisme cérébral (alcoolisme, tares nerveuses diverses, héréditaires ou acquises).

MM. Claisse et Joltrain présentaient à la même société un malade de trente-quatre ans, ancien paludéen, alcoolique et ancien syphilitique insuffisamment traité. Cet homme entra à l'hôpital pour une céphalée intense, des vomissements et du subdélire, le jour même, il a une crise épileptiforme assez nette avec phase tonique et clonique, mais sans morsure de la langue, ni troubles sphinctériens. A l'examen on lui trouve des kératoses palmaires et plantaires ayant le caractère de gommes ou

de tuberculeuses verruqueuses, une inégalité pupillaire et le signe d'Argyll-Robertson. Le soir même, il est pris de délire aigu furieux, avec hallucinations auditives et visuelles : il blesse un infirmier de garde. On pense à une *méningite*, tuberculeuse ou *syphilitique*. La ponction lombaire montre de l'hypertension du liquide céphalo-rachidien, et l'examen cytologique, de la lymphocytose, sans bacilles de Koch, ni spirochètes : les ensemencements restent négatifs, et les inoculations ne tuberculisent pas le cobaye. Dans le doute, on pratique des piqûres de biiodure et injection intra-rachidienne d'argent colloïdal. Les jours suivants, le syndrome méningé se complète, et l'on voit apparaître une monoplégie brachiale, les gommes cutanées disparaissent. Le diagnostic de méningite syphilitique se confirmant, on pratique, outre les *piqûres de biiodure*, des injections intrarachidiennes de mercure colloïdal, qui provoquent la transformation de la lymphocytose rachidienne en polynucléose. Peu à peu le délire et les phénomènes paralytiques disparaissent, les gommes cutanées régressent et le malade, entièrement guéri, sort de l'hôpital, ne conservant qu'un peu d'inégalité pupillaire. M. Claisse insista sur la difficulté qu'il y a à différencier cliniquement de tels cas avec une méningite tuberculeuse : il estime qu'il faut alors tenter le traitement d'épreuve, qui peut donner des succès inespérés.

M. Widal a vu, lui aussi, avec M. Remond, à la suite d'une *injection intra-rachidienne de collargol*, se produire un afflux considérable de polynucléaires venus pour phagocyter les corps étrangers, et c'est également ce qu'a constaté M. Caussade, en collaboration avec M. Joltrain.

A la Société d'Obstétrique, M. Blanc entretenait dernièrement ses confrères des *fractures spontanées* durant la grossesse. Il rapportait le cas d'une fracture de côte survenue au cours d'une grossesse à l'occasion de quintes de toux chez une femme qui ne présentait aucune manifestation albuminurique, diabétique ni syphilitique, et chez laquelle l'examen du système nerveux ne put permettre l'hypothèse d'un tabes en évolution. D'ailleurs la femme guérit complètement avec un cal volumineux.

—M. Cathalay rapportait l'observation d'une opération césarienne post-mortem faite chez une femme qui mourut subitement d'un sarcome du cervelet. L'enfant extrait de l'utérus huit à dix minutes après la mort de la mère, s'éleva bien.

A la Société de Médecine de Lyon, Cadiac communiquait récemment le résultat de toute une série d'expériences. Ayant fait inhaler ou ingérer à des cobayes des poussières pures, provenant de la dessiccation à l'obscurité de crachats tuberculeux, à la dose de 25, 50, 75 milligrammes et même de 1 et 2 centigrammes, près de cent de ces animaux ont résisté à l'absorption de ces quantités supérieures à celles qui sont susceptibles de contaminer les aliments ou les fruits qu'on mange.

Il faut faire ingérer 10 centigrammes de ces poussières pour produire exceptionnellement des lésions tuberculeuses.

Ces expériences tendraient à faire croire que les poussières bacillifères ne seraient pas aussi dangereuses qu'on était porté à les croire. Mais il faut des expériences plus nombreuses avant de pouvoir acquiescer à de telles conclusions,

* * *

Le "drame pancréatico-biliaire, dont Dieulafoy faisait il y a quelque temps un si magistral tableau, fut le sujet d'une communication récente à la Société des Sciences Médicales du Centre.

M. *Viannay* rapportait l'observation d'une malade qui avait présenté l'ensemble typique des symptômes groupés par Dieulafoy sous le nom de syndrome pancréatico-biliaire. C'est une femme de cinquante ans ayant eu deux enfants : l'un serait mort-né ; à la suite du second accouchement, elle aurait eu une péritonite. Il y a vingt-cinq ans, elle fut soignée pour des crises douloureuses abdominales. Il y a six mois, crise analogue avec les caractères très nets de la colique hépatique, sans ictère. En décembre 1907, troisième crise accompagnée cette fois d'un ictère qui se fonda de plus en plus. On constata alors la décoloration absolue des selles et la présence dans l'urine d'une grande quantité de pigments biliaires. La température s'éleva : l'état général déclinant, rapidement on amena la malade à l'hôpital.

Les signes d'obstruction biliaire totale persistaient. La malade, cachectique, déprimée, avait la langue sèche, les traits tirés. La palpitation de l'hypochondre droit révélait seulement un peu de tension douloureuse, sans empatement ni plastron péricholécystique.

On pratiqua l'opération. Incision de Kehr ; extraction des calculs et extirpation des deux tiers de la vésicule. Puis incision longitudinale du cystique et boutonnière à cheval sur l'hépatique et le cholédoque. Cathétérisme du cholédoque. Comme la sonde passait

librement dans le cholédoque on se contenta d'établir un drainage de l'hépatique et de placer le tampon sous-hépatique d'usage en pareil cas.

Les suites opératoires, d'abord incertaines, devinrent bientôt franchement favorables. La bile coula en abondance par la sonde du canal hépatique et l'ictère diminua très rapidement. Quinze jours après on supprima le drainage et on en retira la fin du tamponnement.

Au bout de peu de temps les matières étaient de nouveau colorées. La malade garda pendant deux semaines encore une fistule par laquelle s'écoula d'abord une quantité insignifiante de bile, puis un peu de pus. Actuellement la guérison est complète.

Cette observation est intéressante, car dans les cas de ce genre dont la fréquence a été insoupçonnée jusqu'ici, la chirurgie est toute-puissante : le drainage de l'hépatique est la seule thérapeutique.

Grâce à cette opération, la bile nocive est dérivée pendant quelques semaines. Peu à peu les signes de rétention biliaire et pancréatique, l'ictère, disparaissent. En même temps que la lésion scléreuse du pancréas rétrocede, l'état général s'améliore rapidement.

Telles sont les communications de ces dernières semaines, qui m'ont paru les plus intéressantes à signaler à nos collègues et amis canadiens.

Rapport de la Commission du Bon Lait

Après avoir fait une étude approfondie des règlements en force dans les grandes villes, tant des États-Unis que de l'Europe, la Commission a élaboré un règlement provincial pouvant contrôler suffisamment la production du lait, nous arrivant de la campagne, et nous assurer un aliment de première qualité.

Voici une copie de ce règlement provincial que vous soumet la Commission du Bon Lait :

Règlements Provinciaux

CONCERNANT L'INDUSTRIE LAITIÈRE

PROPOSÉS PAR LA COMMISSION DU BON LAIT

LE PRODUCTEUR

10 Les vaches seront gardées dans un local propre à cette fin, c'est-à-dire une étable suffisamment grande et éclairée et convenablement drainée.

a) Le nombre d'animaux occupant une vacherie sera limité, de manière à assurer un cube d'air d'au moins 800 pieds à chaque animal. Ce cube d'air pourra être réduit à 600 pieds, si le bureau municipal le permet après avoir constaté qu'il existe une ventilation de l'étable, qu'il aura jugée suffisante.

2 Rapport de la Commission du Bon Lait.

b) Les vacheries seront éclairées par des fenêtres, dont la surface vitrée devra être égale au moins à un dixième de la surface du sol.

c) Le sol de l'étable doit être étanche et doit incliner vers une rigole, qui aura au moins 6 pouces de profondeur. Cette rigole sera prolongée jusqu'en dehors de l'étable, à moins que l'étable soit reliée à une canalisation d'égout et que la rigole s'y déverse.

d) Tout branchement d'égout pénétrant dans une étable sera muni d'une esse de sûreté.

e) L'intérieur de l'étable sera blanchi à la chaux au moins une fois l'an, à moins qu'il ne soit peinturé à l'huile, et dans ce dernier cas, un lavage complet remplacera le blanchissage prescrit ci-dessus.

20 Le fumier sera enlevé trois fois par jour, les vaches devront être pourvues d'une litière qui sera changée tous les jours, et l'étable sera entièrement nettoyée une fois par semaine.

30 La traite et les manipulations du lait ou des ustensiles devront être faites de manière à ce que le lait soit à l'abri des souillures fécales ou autres.

a) La traite ne devra pas se faire moins d'une heure après qu'on aura remué la litière, le fourrage, le fumier, etc.

b) Avant de traire les vaches, on devra leur laver et leur assécher le pis et les trayons.

c) Les personnes qui traitent les vaches devront se laver et s'assécher les mains avant l'opération.

d) Pendant la traite il est interdit formellement à l'organisateur de se cracher dans les doigts.

e) Si par accident le lait d'un vaisseau venait à être souillé, le contenu de ce vaisseau ne devra pas être livré à la consommation.

40 Le lait des vaches atteintes d'aucune maladie ne sera pas vendu tant que dure la maladie et la convalescence. Il en sera de même du lait produit pendant les trente jours qui précéderont la parturition et pour au moins les dix jours qui la suivront.

50 L'eau dont on se servira pour abreuver les vaches devra être pure et exempte de toute contamination.

L'abreuvoir commun est interdit dans les étables, chaque vache devant avoir une auge particulière et séparée.

60 Les puits où l'on prend l'eau destinée aux vaches ne doivent jamais être creusés dans le sous-sol d'une étable, ils ne doivent pas non plus être situés à une distance moindre de quarante pieds de toute étable ou porcherie et de tout amas de fumiers ou de déchets.

70 Il est interdit de donner comme nourriture aux vaches laitières, des eaux de cuisine, des rebuts solides ou liquides provenant des distilleries, brasseries ou vinaigreries, ni aucune substance en état de putréfaction ou de fermentation.

Cependant les municipalités peuvent permettre les *drèches sèches*, après avoir constaté que les brasseries sont aménagées de manière à les sécher efficacement.

80 La laiterie où l'on dépose et où l'on conserve le lait destiné au commerce, doit être un appartement séparé et spécial ne servant qu'à cet usage. Cette laiterie doit être située à 100 pieds au moins de toute étable, porcherie, lieu d'aisance, amas de fumiers ou de déchets.

Le sol, les murs et les plafonds, devront être en matériaux

que l'on pourra laver à grande eau, ou blanchir à la chaux, et ce lavage ou blanchissage devra être fait au moins deux fois l'an.

90 Les fenêtres et les portes des laiteries ou de tout établissement où l'on manipule le lait seront protégées par des moustiquatures.

100 Tous les bidons, vaisseaux et ustensiles à l'usage de la traite et de la laiterie devront être en métal et leurs jointures parfaitement bien remplies et soudées. Ces ustensiles ne devront servir à aucun autre usage et doivent être nettoyés et lavés après chaque service, conservés dans un endroit propre à l'abri des poussières, et de plus, rincés à l'eau bouillante au moment de s'en servir de nouveau.

110 Immédiatement après la traite, le lait doit être refroidi à 50° Fahrenheit et maintenu à cette température jusqu'à la livraison, chaque producteur devra avoir pour cette fin une glacière convenable.

120 Il est interdit de livrer au consommateur, du lait dont l'âge dépasse (24) vingt-quatre heures, à moins qu'il ne s'agisse de lait qui, immédiatement après la traite et sur le lieu de production, aura été stérilisé à 160° Fahrenheit et conservé sur la glace jusqu'à livraison, ou qui aura subi tout autre traitement qui pourra être approuvé par le Conseil d'hygiène de la Province de Québec.

130 Quand les vaches sont mises à l'étable, on doit leur tondre le pis et l'arrière train et les panser tous les jours.

140 Tous les animaux accusant des symptômes de maladies doivent être isolés du troupeau immédiatement, et le lait de ces animaux ne doit pas être mis en vente avant que le vétérinaire n'en ait donné l'autorisation.

150 Deux fois par année, un vétérinaire compétent fera subir au troupeau de tout producteur de lait l'épreuve de la tuberculine et tout animal reconnu tuberculeux sera isolé du troupeau et son lait ne pourra plus être utilisé.

160 Deux fois par année, un vétérinaire compétent fera l'examen du troupeau du producteur de lait et lui délivrera un certificat de bon état de santé du troupeau.

170 Quand un producteur de lait achète des vaches laitières, avant de les admettre dans son troupeau, il devra leur faire subir l'épreuve de la tuberculine par un vétérinaire compétent et se procurer un certificat concernant leur santé.

180 Aucun lait devant servir à la consommation ne pourra être transporté à une température dépassant 40° F.

190 Lorsqu'un cas de maladie contagieuse se déclare dans la famille ou le personnel d'un producteur de lait, ce dernier devra notifier le bureau d'hygiène provincial et cesser son commerce jusqu'à ce qu'il en ait obtenu une autorisation écrite.

(à suivre)



PROGRES DES SCIENCES MEDICALES

Traitement du Tétanos

Enriquez dans la clinique, fait la mise à point de la question, dans la lumière de nos connaissances actuelles

A titre de traitement préventif, il conseille naturellement une désinfection soignée de la plaie. Croit-on à cause de la nature du traumatisme, l'éclosion tardive du tétanos,—donnons le traitement préventif par le sérum, dont on injectera 10 cc. tous les huit jours, tant que la plaie n'est pas tout à fait cicatrisée.

Mais le tétanos est-il confirmé, que le traitement sera plus actif ; il doit être à la fois chirurgical (au moins dans le cas du tétanos traumatique) et médical.

Le *traitement chirurgical* consiste, ici encore, dans la désinfection, et, si possible, dans la suppression de la plaie tétanigène. S'il s'agit d'une plaie des doigts, des orteils, on ne doit pas hésiter à recourir à l'amputation, par laquelle on supprime le foyer d'origine de la toxine tétanique. Si l'on ne se résout pas à l'amputation, il sera bon d'employer dans le pansement le sérum antitétanique en poudre.

Le *traitement médical* est : d'une part, symptomatique ; d'autre part, curatif.

Traitement symptomatique.—Il consiste dans l'administration de chloral. Il faut, d'emblée, donner le chloral à doses très élevées : 4 à 6 grammes dès le début ; 3, 10, et jusqu'à 12 grammes, quand les contractures se généralisent.

Même dans les cas mortels, le chloral procure au patient un soulagement notable.

La balnéation chaude, employée d'une manière presque continue, procure aussi une action sédative très marquée ; récemment Sadger en a montré les bons effets.

Traitement curatif.—Deux méthodes, que l'on peut d'ailleurs employer simultanément se trouvent en présence ; la sérothérapie et les injections d'acide phénique (méthode de Baccelli).

L'injection de sérum antitétanique peut être sous-cutanée, intracérébrale, intra-rachidienne ou para-nerveuse.

Bien qu'elles aient une action préventive manifeste, les injections sous-cutanées, n'ont que des effets curatifs

médiocres. Il semble toutefois que, depuis leur emploi la mortalité du tétanos ait un peu diminué, comme le montre une statistique de Lœper et Oppenheim. Aussi, malgré leurs effets incertains, les injections sous-cutanées doivent-elles être employées systématiquement dans tout cas de tétanos confirmé.

Devant l'échec des injections sous-cutanées, et sachant par les recherches de A. Marie, que la toxine se fixe d'emblée sur les éléments nerveux, on a cherché à porter l'antitoxine à l'endroit même où se localise le poison, c'est-à-dire au niveau du système nerveux. C'est ce qu'ont tenté Roux et Borrel, montrant les bons effets des injections intra-cérébrales du sérum antitétanique chez les animaux. Cette méthode fut appliquée pour la première fois à l'homme par Quénu sur un malade de Chauffard. Les premiers résultats de ce mode de traitement furent encourageants ; mais il n'en fut pas toujours de même ; et, aujourd'hui, *l'injection intra-cérébrale est à peu près abandonnée.*

Mais, le plus souvent, c'est la moëlle, bien plus que le cerveau, qui est impressionnée par la toxine tétanique. Il était donc logique de porter le sérum au voisinage de la moëlle, dans l'espace sous-arachnoïdien lombaire par *injection intra-rachidienne.* C'est ce que proposa Sicard. Cette méthode a donné *des résultats inconstants* ; et il ne semble pas que les cas graves en aient nettement bénéficié.

D'autre part, puisque la toxine tétanique gagne la moëlle en suivant les nerfs périphériques, on a pu logiquement chercher à porter l'antitoxine au contact même de ces nerfs, espérant qu'elle suivra le même chemin et qu'elle procurera ainsi une action plus efficace. S'appuyant sur des considérations et sur des expériences de Marie et Morax, Sicard a proposé l'ingénieuse méthode des injections para-nerveuses périphériques. Les injections du sérum sont faites profondément, au niveau des troncs nerveux périphériques. Sicard estime que l'on pourra utiliser parallèlement les injections para-nerveuses et sous-arachnoïdiennes.

Lorsque le tétanos est consécutif à une plaie des membres intérieurs, il semble logique de porter le sérum dans l'espace épidual, une injection faite à ce niveau baigne tout le plexus sacré, et, par conséquent, tous les

nerfs du membre inférieur, non loin de leur origine médullaire : l'on crée ainsi sur le chemin de la toxine un véritable " barrage antitoxique ". Apert et Lhermitte ont traité de cette manière, avec succès, un cas de tétanos consécutif à un ulcère de jambe. On peut injecter dans l'espace périaul, plusieurs jours de suite, 10 à 20 centimètres cubes de sérum. Cette méthode mérite d'être étudiée, elle est séduisante dans son principe.

Il semble en résumé que, dans le tétanos confirmé on doit toujours faire des injections sous-cutanées, mais qu'il est bon de faire des injections para-nerveuses, si la plaie siège à l'un des membres supérieurs, et des injections épidurales, si elle siège à l'un des membres inférieurs. Quelle que soit d'ailleurs la voie suivie, il est essentiel de mettre la thérapeutique en œuvre d'une manière intensive et le plus tôt possible : c'est à ce prix seul que l'on peut espérer quelque succès.

La méthode de Baccelli consiste en injections sous-cutanées d'acide phénique. Baccelli pense, en effet, que l'acide phénique agit comme modérateur du pouvoir réflexe de la moëlle, et aussi comme anti-toxique et antithermique.

Les injections sont sous-cutanées. On emploie une solution aqueuse d'acide phénique à 2 ou 3 p. 100. Exceptionnellement, on a pratiqué des injections d'huile phéniquée à 10 p. 100, pour introduire dans l'organisme de fortes proportions d'acide phénique. En moyenne on injecte chaque jour, en plusieurs fois, 0_{gr}. 30 à 0_{gr}. 40 d'acide phénique (soit 15 à 20 centimètres cubes d'une solution à 2 p. 100). Mais on a employé, dans les cas graves, des doses beaucoup plus élevées, et, pour Favero il faudrait administrer 0_{gr}. 01 d'acide phénique par kilogramme.

Cette méthode a été employée surtout en Italie : elle semble avoir donné quelques bons résultats en France (Enriquez et Bauer, Claude et d'Heucqueville) : pourtant, les observations ne sont pas toutes satisfaisantes, et il est encore difficile de porter un jugement définitif sur la valeur des injections d'acide phénique.

Si l'on emploie la méthode de Baccelli, on doit se rappeler qu'elle ne contre-indique nullement ni les injections de sérum antitétanique, (que l'on pratiquera dans tous les cas) ni le traitement symptomatique par le chloral.

E. ST-JACQUES.

Société Médicale de Montréal.

Séance du 5 Mai

Présidence du Dr Lesage.—Lecture du Procès-Verbal

Avant l'adoption du procès-verbal, Monsieur Marien exprime le désir d'examiner les préparations microscopiques des pièces pathologiques, présentées comme cancer utérin par M. de Martigny, à une précédente séance. Elles sont déjà sous la lentille microscopique.

L'histoire clinique de la malade est ainsi résumée par M. de Martigny. M^{de} G. 41 ans, sans antécédents pathologiques personnels ni héréditaires notables, a eu sa ménopause il y a un an. Depuis décembre dernier, trois fortes attaques de métrorrhagie, dont la dernière est plus tenace. L'examen dénote un col utérin ulcéré, friable, mais un corps apparemment libre d'adhérences. Le diagnostic de cancer limité du col est porté et l'opération décidée. Hystérectomie vaginale facile et rapide.

La malade meurt quatre semaines plus tard, ayant présenté plusieurs fois des hémorragies intestinales. La nécropsie ayant été refusée par la famille, il est conséquemment impossible de donner l'état des organes abdominaux.

MM. Bernier, Hingston, St-Jacques et Marien concourent dans le diagnostic d'épithélioma pavimenteux du col utérin.

Comme la présentation de cette pièce ouvre la question du traitement du cancer utérin,—la discussion de ce point important de thérapeutique chirurgicale est envoyée à la prochaine séance.

Le Président lit une invitation de la part du Dr Birkett, Pres. de l'American Laryngological Ass. aux membres de la S. M. de M. les priant cordialement d'assister aux réunions de l'Association qui se tiendront les 11, 12 et 13 mai prochain.

Double Kyste Papillaire de l'Ovaire.

M. de Martigny présente un double kyste papillaire de l'ovaire qu'il vient d'enlever récemment.



Voici l'histoire clinique de la malade :

M^{lle} B. 29 ans. Rien dans les antécédents. Régliée à 14 ans, règles douloureuses la première journée, régulières, peu abondantes. Dilatation du col à l'aide d'une laminaire en 1905. Depuis lors, règles indolores. Mariée à 27 ans, il y a deux ans. Les règles furent toujours très régulières, peu abondantes jusqu'au mois de février 1907. Les règles qui devaient apparaître au commencement de février retardèrent jusqu'au 13 mars. Le soir du 13 mars à 8 hrs, sans cause, la malade ressentit brusquement une douleur dans le côté droit du ventre, douleur qu'elle compare à un coup de couteau : elle devient très pâle et perd connaissance. Le médecin la ranime et prescrit le repos absolu au lit.

Le lendemain matin, hémorrhagie vaginale, il s'écoule une grande quantité de sang noirâtre et des caillots.

Les règles ne redevinrent régulières qu'au mois de Mai, et furent depuis, toujours abondantes avec caillots. Elle suivit longtemps un traitement médical qui ne sembla pas l'améliorer.

Au mois de Novembre 07, seconde crise abdominale moins bruyante, moins douloureuse, qui cède aux injections vaginales chaudes et au repos au lit. En décembre, la malade se découvre une masse dans la fosse iliaque droite.

Il y a un mois, troisième crise douloureuse qui la décide à consulter M. de Martigny.

Examen.—Le ventre est légèrement augmenté de volume. Par la palpation, on sent une masse dure, bosselée, légèrement mobile, douloureuse à la pression et qui remplit la fosse iliaque droite. La fosse iliaque gauche est douloureuse.

Le toucher vaginal permet de constater un utérus fixe et douloureux.

Le cul de sac de Douglass est rempli par une masse un peu dure, bosselée qui semble faire corps avec l'utérus. Le cul de sac gauche est mou et douloureux.

Le diagnostic de grossesse extra utérine rompue depuis un an est posé, motivé semble-t-il par les faits suivants :

Retard des règles, de 7 à 8 semaines. Douleur violente et subite avec perte de connaissance.

Hémorrhagie vaginale abondante consécutive.

La laparotomie fait constater un énorme papillôme végétant de l'ovaire droit facilement enlevé :—un kyste papillaire ovarien gauche, fort adhérent, et difficile à libérer, mais finalement enlevé.

Hystérectomie,—drainage.

Suites : sans incidents et guérison rapide.

Préparations microscopiques déposées.

M. de Martigny, rappelle également à cette occasion une observation identique qu'il présentait à la Société en 1904, et que voici résumée.

" J'ai été appelé au mois d'août 1903, par un confrère, auprès de M^{lle} V. âgée de 33 ans souffrant d'un kyste de l'ovaire.

Je ne découvris rien dans les antécédents familiaux. M^{lle} V. fut réglée à 14 ans régulièrement, avec des règles abondantes et indolores.

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

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

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

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

À l'ouverture du péritoine, il s'écoula un peu plus de 15 litres de liquide brun pâle et je tombai sur deux kystes papillomateux des ovaires, kystes rompus et dont les papilles faisaient hernies dans le ventre et un utérus fibromateux. J'enlevai ces masses au prix d'efforts ardues que je n'essayerai pas de décrire. Voici comment s'exprime Labadie, Lagrave et Legueu, au sujet de l'opération de ces kystes papillaires : "L'extirpation de ces tumeurs, est complexe ; les adhérences de ces tumeurs,

leur infiltration à la fois à la surface et au-dessous de la séreuse, leur pénétration dans les ligaments larges exposent à des difficultés sans nombre : la vessie, le rectum peuvent être perforés, des vaisseaux ouverts, les manœuvres de l'extirpation ne peuvent être décrites."

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

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

Je vous donne de suite lecture du résultat de l'examen histologique faite au laboratoire de l'Hôtel-Dieu par M. le Dr Daigle, chef de ce laboratoire.

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

Pièce : kyste papillaire de l'ovaire.—Nom de l'opérée

Demoiselle V. ; opérateur Dr de Martigny.

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

Ces néoplasies sont souvent malignes, on leur donne alors le nom de cysto-carcinomes papillaires. Cependant, ici, outre le fait que le revêtement épithélial est simple, il n'y a d'une façon apparente, en aucun endroit ni perforation ni destruction de la membrane basale ; il n'y a pas de nids de cellules dans le stroma conjonctif, qui ne paraît nullement envahi par l'élément épithélial et, malgré le développement luxuriant des formes papillaires, la structure de ces papilles peut être considérée des plus simples comme formation histologique.

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

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

C.-A. DAIGLE.

J'ai revu ma malade dernièrement. Elle est en bonne santé, sans traces de récidive.

Discussion

M. Marin note qu'il vient d'être question de Kyste papillaire malin. Il désire savoir si dans le cas rapporté, il s'agit ou non d'un cancer.—car pour lui les cancers seuls sont malins. Il désirerait d'autres préparations histologiques avant de se prononcer sur la nature cancéreuse ou non de la tumeur présentée.

M. St-Jacques rappelle que les appellations " malignes et bénignes " sont plutôt des termes cliniques, indiquant la destruction des tissus environnants par le néoplasme, sa généralisation à distance par métastase, sa récurrence sur place après ablation chirurgicale et la cachexie mortelle qui en résulte. Quant à pouvoir définir à l'aide du microscope en toute occasion la nature maligne ou cancéreuse d'une tumeur, il lui semble présomptueux de l'affirmer. La transformation d'un adénome simple en adéno-carcinome est un fait acquis, au dire des maîtres, et comme cette évolution s'opère graduellement, on conçoit facilement qu'il soit parfois impossible d'affirmer qu'il y a déjà cancer. D'ailleurs les pathologistes ne sont pas d'accord sur la formule cellulaire absolue du cancer et tous indiquent la grande variété morphologique des cancers et l'étroite parenté cellulaire de quelques-uns d'entre eux avec certaines tumeurs à évolution clinique, bénigne (*Ziegler, Brault, Kocher, Delafield, Hectoen...*) ainsi pour l'adéno-carcinome, quelques-uns voient dans la multiplication cellulaire épithéliale erratique *vers la lumière glandulaire*, un commencement de transformation maligne, tandis que pour d'autres, Le tulle entr'autres, le signe pathognomonique serait *l'effraction de la membrane basale et la prolifération désordonnée des cellules épithéliales dans le tissu conjonctif circonvoisin*. D'ailleurs la tendance se fait graduellement plus marquée de juger,—au microscope,—de la bénignité ou de la malignité d'une tumeur par la disposition ou l'allure cellulaire générale. Et en certains cas, le microscope seul ne semble pas suffisant : il réclame la confirmation clinique.

N'est-ce pas d'ailleurs ce que disait dernièrement un maître de la pathologie chirurgicale, Kocher, dans une magistrale étude sur les tumeurs de la thyroïde. Il rappelle qu'entre les tumeurs bénignes et malignes de cette glande, il n'y a pas toujours de caractères histologiques nettement marqués. Parfois l'examen microscopique ne nous permettra pas d'affirmer la malignité d'une tumeur, dit quelque part Kocher ; ses caractères cliniques ont plus de valeur."

Le microscope, s'il permet souvent des certitudes,

autorise aussi parfois des doutes et des réserves. Et parmi les tumeurs où la réserve est parfois tout spécialement indiquée, il cite les tumeurs mixtes que sont les adenômes—du sein, de la parotide de l'utérus,—et les papillômes de l'ovaire.

M. Marien dit qu'il ignore les travaux de l'école allemande, se contentant d'être un modeste élève des Cornil et des Ranvier dont il accepte les données scientifiques. Il est heureux d'être de l'avis de M. Brault qui dit que là où il y a du cancer, on trouve du cancer, là où il n'y en a pas on n'en trouve pas. De plus l'histologie normale et pathologique serait une science exacte qui permettrait de porter un diagnostic précis et certain.

M. de Martigny se dit satisfait de voir qu'il n'est pas seul à croire que le microscope ne peut toujours remplacer la clinique et que l'examen microscopique doit parfois céder le pas à l'examen clinique. Il rappelle un cas observé à l'hôpital Péan, où dans le doute, le docteur Péan avait fait une biopsie a fin d'éclairer le diagnostic.

M. Pillet s'était prononcé, après examen microscopique, pour du cancer—le Prof. Cornil, en faveur d'une endométrite chronique. Dans le doute, l'hystérectomie fut faite. Un an plus tard, la malade revenait dans le service mourir d'une récurrence cancéreuse.

A la séance du 17 octobre 1905, M. de Martigny présentait lui-même à la Soc. Médicale des pièces anatomiques (utérus et annexes) enlevées par voie abdominale, qu'il accompagnait de préparations microscopiques. Le Dr Daigle, alors pathologiste à l'Hôtel-Dieu, les avait prononcées épithélioma pavimenteux du col. Et aurapport de la discussion qui s'en suivit, consigné dans l'Union Médicale de 1905, p. 626, on y lit : "M. Marien, après examen des pièces microscopiques, affirme qu'il ne trouve pas de traces de cancer. Il ne voit que des lésions de métrite." Et cependant la malade, nonobstant l'ablation de l'utérus et des annexes, mourrait un an plus tard de récurrence cancéreuse.—Ce qui prouve encore que dans certains cas, malgré une grande expérience microscopique, l'affirmation du cancer est parfois impossible.

Hydronephrose aiguë par tumeur rénale : Kyste et dégénérescence polykystique du rein.

Cette communication sera rapportée in extenso, M. St-Jacques complète sa communication par des projec-

tions en couleurs à l'écran à l'aide d'un appareil tout nouveau qu'il vient de commander pour les démonstrations d'anatomie pathologique aux élèves. Ce "réflectoscope" permet de projeter sur l'écran, non seulement les transparents ordinaires, mais aussi tout dessin, planche en couleurs ou photographie.

M. Guérin—au sujet de l'observation clinique d'une des malades où le kyste du rein avait été pris pour un kyste de l'ovaire,—rappelle également le cas d'une jeune fille de 17 ans, d'excellente santé, chez qui un énorme kyste du rein avait également été pris pour un kyste de l'ovaire, si fréquent. L'opération montra qu'il ne restait rien du parenchyme rénal, et se termina par la néphrectomie : les suites opératoires furent d'ailleurs excellentes.

M. Hervieux désire savoir si l'hydronephrose reconnaîtrait pour cause la tumeur rénale, le kyste. Il relate l'observation d'un malade pris d'une crise d'hydronephrose aiguë due à un calcul de l'urète, et qui dura huit jours. Il reprit tant bien que mal et toujours souffrant ses occupations lorsqu'il passa en urinant un calcul de forme triangulaire,—suivi d'un mieux fort appréciable. Une telle dilatation du bassin, et durant aussi longtemps amène-t-elle des lésions permanentes du parenchyme rénal.

M. St-Jacques, se basant sur des examens microscopiques et des constatations cliniques post-opératoires, est porté à croire que l'obstruction de plusieurs semaines de durée, amène des lésions du côté des éléments cellulaires des tubulis urinifères, qui ne paraîtraient que temporaires. Même dans les cas de pyonéphrose calculeuse avec rétention purulente et dilatation marquée de l'organe, il est étonnant de voir combien le rein reprend son fonctionnement quasi normal et même normal après un certain temps.

La Société adopte le rapport, préparé par une sous-commission, à l'effet de faire inscrire aux livres de lecture à l'usage des écoles élémentaires et secondaires des séries de propositions concernant l'hygiène. Le Dr Guérin est prié de bien vouloir les présenter à la prochaine réunion du Comité de l'Instruction Publique et d'en promouvoir l'adoption.

Le Dr Donald Hingston présente une très intéressante étude sur le "Spirochète Pallida" agent causal de la Syphilis,—qu'il complète par des démonstrations microscopiques. Voir page 138.

M. de Martigny lit un travail pratique sur le Traitement du Cancer de l'utérus. Voir page

Société Médicale du comté de Terrebonne.

Séance du 7 mai 1908 tenue à Ste-Thérèse, comté de Terrebonne.

Présents : MM. les docteurs J. Em. Fournier, président ; Edmond Grignon, R. Dazé, H. Deschambault, F. St-Jacques, M. Ouimet, H. M. J. Provost, secrétaire, formant quorum.

Les minutes de la dernière séance sont lues, reconues fidèles et adoptées.

ADMISSION DE NOUVEAUX MEMBRES.

Sur motion du docteur Ed. Grignon, secondé par les docteurs R. Dazé et F. St-Jacques, les médecins suivants sont admis membres de la Société médicale du district de Terrebonne, savoir : MM. les docteurs Grondin, J. Poirier, P. E. Rochon, S. Lamarche, W. Ouimet, G. H. Christie, N. Guilbeau, A. A. Cauthier, Jos. Pagé et P. E. F. Pagé.—Adopté à l'unanimité.

Monsieur le docteur Grondin prend son siège.

Le cas du docteur Deschambault, "Ré-examens pour assurances," est réglé à la satisfaction des membres de la Société, après les explications données par M. le docteur Deschambault.

Il est proposé par le docteur Ed. Grignon, secondé par le docteur F. St-Jacques, que les noms des docteurs J. Em. Fournier et H. Deschambault soient proposés comme assesseurs, aux prochains examens des Universités, auprès du Bureau du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec.—Adopté à l'unanimité.

Puis la Société s'occupe de la question des "charlatans." On cite le nom du Révérend Desrosier et de la Durantaye qui ont secondé les efforts de l'association contre cette plaie nationale. On exprime le regret de voir les efforts si louables des membres de l'association si peu secondés en haut lieu, comme on était en droit de s'y attendre.

A la séance de l'après-midi, MM. les docteurs S. Lamarche, P. E. Rochon, A. A. Gauthier, Jos. Pagé et P. E. F. Pagé, des comtés d'Argenteuil et des Deux-Montagnes sont venus grossir les rangs. Le Président, en termes heureux, souhaite la bienvenue aux nouveaux confrères.

La motion sur les noms proposés comme assesseurs est reconsidérée, et le nom du docteur Lamarche est

ajouté aux deux autres noms sur motion du docteur Ouimet, secondé par le docteur Dazé.—Adoptée.

La motion suivante est proposée par le docteur Gauthier secondée Par le docteur Grignon :

Attendu que la Société médicale du comté de Terrebonne a pris l'initiative d'une poursuite contre Dame Dudevoir pratiquant illégalement la médecine dans le comté de Terrebonne ;

Attendu que la dite Société a obtenu jugement contre la dite Dame Dudevoir ;

Attendu que la dite Dame Dudevoir a préféré subir la peine de l'emprisonnement au lieu de payer l'amende et les frais inposés ;

Attendu que la dite Société a dépensé pour l'emprisonnement de la dite Dame Dudevoir la somme de cinquante piastres et soixante et quinze centins (\$50.75) ;

Attendu que tous les procédés ont été faits avec l'autorisation et au nom du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec ;

Il est unanimement résolu qu'une demande en remboursement du montant de ces frais soit faite au Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, avec l'espoir que la dite demande soit favorablement agréée.—Adopté à l'unanimité.

Il est proposé par le docteur Grignon, secondé par le docteur Dazé que le Secrétaire de la Société qui est en même temps Gouverneur du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, fasse des instances auprès du dit Collège afin d'amender le paragraphe 2 de l'article III du chapitre XII des Règléments du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec 1904, afin de donner le droit aux assesseurs, quand ils ne seront pas satisfaits des réponses de quelqun candidat, de faire eux-mêmes quelques questions, au lieu d'être obligé de demander la permission comme il est prévu par le dit paragraphe du dit article.—Adopté à l'unanimité.

Il est proposé par le docteur Deschambault, secondé par le docteur Grondin que la prochaine réunion de la Société ait lieu à Ste-Scholastique dans le cours de la première semaine du mois de septembre prochain.

Proposé en amendement par le docteur Gauthier, que la prochaine réunion ait lieu à Lachute au lieu de Ste-Scholastique ;

L'amendement, faute de secondaire n'est pas mis aux voix et la motion principale est adoptée à l'unanimité.

Les médecins suivants s'engagent à donner des lectures aux prochaines séances de la Société, savoir :

- 1 - M. le docteur Éd. Grignon, sur les différents se-rums ;
- 2 - M. le docteur J. Em. Fournier, sur la Tubercu-lose ;
- 3 - M. le docteur M. Ouimet, le Cancer du sein ;
- 4 - M. le docteur H. M. J. Provost, Eclampsie ;
- 5 - M. le docteur R. Dazé, Pneumonie ;
- 6 - M. le docteur S. Lamarche. Thérapeutique des fausses couches ;
- 7 - M. le docteur P. E. F. Pagé, Fièvre typhoïde et son traitement ;
- 8 - M. le docteur A. A. Gauthier, Alimentation des enfants.

Des remerciements sont votés au Maire et au Con-seil Municipal de la ville de Ste-Thérèse, pour l'usage de la salle municipale sur motion du docteur Gauthier secondé par le docteur Rochon.—Adopté.

La séance est levée.

HENRI M. J. PREVOST, M.D.

*Secrétaire de la Société Médicale du
district de Terrebonne*

Correspondances

LE 4^e CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE
LANGUE FRANÇAISE.

Montréal, mai 1908

Nous rappelons aux médecins du district de Mont réal, que le 4^e congrès de l'Association des médecins de langue française, aura lieu à Québec, les 20, 21, 22 juillet, prochains.

Le succès qui a couronné les réunions antérieures et la célébration des fêtes du tri-centenaire qui commenceront le 23 juillet et auxquelles pourront assister les congressistes, sont un gage de la réussite du congrès de cette année.

Aussi bien, sommes-nous heureux d'annoncer à nos confrères qui pourraient craindre les ennuis de l'encombrement produit par un aussi grand concours d'étrangers, que des dispositions ont été prises par le Comité général pour assurer le transport, le logement et la pension à des conditions avantageuses.

Dans le but de faciliter les rapports des membres de la profession avec le bureau de l'Association, ce dernier a constitué, à Montréal, un comité ayant pour prési-

dent, M. le professeur Hervieux, vice-président-général et pour secrétaire, M. le Dr Bourgeois. Ce comité est en plus, composé des officiers Montréalais des différentes sections et des rapports. J. C. Bourgoïn secrétaire à la section de médecine, Z. Rhéaume secrétaire à la section de chirurgie, J.-P. Décarie à la section des intérêts professionnels sont chargés de recevoir les communications devant être lues à ces différentes sections.

En outre du travail individuel de chacun des mem-bres de ce comité, il sera tenu un bureau permanent au No 232 rue Sherbrooke Ouest, chez le secrétaire, où l'on se fera un plaisir de fournir tous les renseignements, de recevoir les demandes et le paiement des adhésions jus-qu'au 1^{er} juillet, et l'enregistrement des communications jusqu'au 15 juin.

Nous encourageons fortement ceux qui ont l'inten-tion de le faire, de s'inscrire le plus tôt possible, car nous tenons à leur disposition un certain nombre de chambres qui peuvent être retenues dès maintenant et sur paiement de la cotisation d'inscription.

L'Ass.-secrétaire-général,

B.-G. BOURGEOIS, M.-D.

Bibliographie

Syphilis et Cancer, par le Dr RENÉ HORAND ex-interne des hôpitaux et de la clinique de l'An-tiquaille, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Lyon. 1 vol. in-16 de 96 pages, avec 10 figures. Cartonné : 1 fr. 50 (*Actualités médicales*) (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris).

La question des rapports de la syphilis et du can-cer est pleine d'attraits par les intéressantes conséquen-ces que peuvent en tirer cliniciens anatomo-pathologis-tes, pathogénistes et psychologues. De récents débats à l'Académie de médecine l'ont rendue brûlante d'*actua-lité*. Grâce aux progrès de l'anatomie pathologique et de la bactériologie est née la conception nouvelle des associations microbiennes, des symbioses possibles.

Le Dr Horand résume les relations qui existent entre les deux maladies. Il insiste sur le rôle important que joue la syphilis dans l'éclosion du cancer, ainsi que sur l'utilité qu'il y a pour le praticien à faire un dia-gnostic précoce du cancer chez un syphilitique, et sur l'importance d'appliquer un traitement énergique aux syphilitides rebelles, à la syphilis chez un cancéreux, enfin au cancer chez un syphilitique.