

**PAGES**

**MANQUANTES**

# *Travaux Originaux*

---

## TRAITEMENT DE L'INFECTION PUERPÉRALE GRAVE PAR LES INJECTIONS INTRA VEINEUSES DE COLLARGOL.

---

Parmi tous les antiseptiques connus et employés pour combattre l'infection puerpérale grave, on doit accorder une mention spéciale à un sel d'argent soluble, connu sous le nom d'argent colloïdal, découvert en 1889 par Carey Lea. Et si aujourd'hui, je viens vous en dire du bien, c'est qu'entre les mains de Bonnaire, accoucheur à Lariboisière, je lui ai vu donner des résultats surprenants dans trois cas d'infection puerpérale grave amenés du dehors, où curettages, écouvillonnages, injections intra utérines antiseptiques avaient échoué.

Bonnaire n'est pas le seul à préconiser les injections intra-veineuses de collargol dans ces cas. Créde, Osterloh, Müller, Weisseman, Van Oordt, Audebert, Pusch, qui ont employé cette méthode ont de belles statistiques.

Mes quelques recherches m'obligent à me borner à cette courte citation d'autorités, et, malheureusement pour moi, je n'ai pas encore la compétence voulue pour affirmer moi-même cette méthode et vous convaincre de sa valeur, comme je l'ai été par les trois dernières expériences de Bonnaire dont j'ai été témoin.

Quoiqu'il en soit, je vous donne les indications et la technique opératoire telles que formulées par Bonnaire.

Il ne faut pas demander trop ni trop peu au collargol, mais

bien l'employer à bon escient. La part serait faite trop belle à l'argent colloïdal si on l'injectait pour la moindre élévation de température, liée le plus souvent à de la coprostase, en même temps que l'administration d'un purgatif. Dans ces cas, en effet, l'on pourrait reporter la guérison au collargol, tandis que l'agent actif serait l'huile de ricin.

Mais, si une femme présente des lochies fétides, si, après avoir subi un curettage et un ou deux écouvillonnages, alternés avec un ou plusieurs attouchements iodés, ou injections intra-utérines anti-septiques, après cinq ou six jours sa température reste élevée avec mauvais état général, là seulement, nous serons en devoir de pratiquer une injection intra-veineuse de collargol.

Sans doute, quand les femmes présentent déjà des phénomènes bulbaires tels que dyspnée, carphologie, délire, hallucinations, irrégularité du pouls, incontinence d'urine et des matières fécales, tous phénomènes ne pardonnant pas, il est de notre devoir d'injecter du collargol en faisant notre mea culpa d'avoir tant retardé, mais dans ces conditions, l'injection sera faite sans grand espoir de succès, et le plus souvent, nous ferons à ces malades, suivant l'expression de Bonnaire, une extrême-onction intra-veineuse.

La solution employée est une solution à 1%. Tout d'abord le collargol doit être enfermé dans des ampoules stériles d'une contenance de 10 centimètres cubes. Les instruments nécessaires sont :

- 1° Une bande d'Esmarch ou une simple bande de toile.
- 2° Une seringue hypodermique de 10 c. c.

3° Une aiguille s'adaptant à la seringue. Les aiguilles dont se sert Bonnaire ont une longueur de 5 centimètres environ, avec biseau plus court que celui des aiguilles ordinaires.

Dans ces conditions, on a moins de chances de transpercer la veine.

Il faut ensuite rechercher une veine assez saillante. En général les veines du pli du coude ont un relief assez sensible pour que l'on puisse y pénétrer directement. Le devoir ici importe peu, et bien qu'il soit préférable de piquer dans la veine médiane céphalique par suite du non voisinage de l'artère humérale, ce choix est moins important que pour la saignée. Si ces veines sont trop peu saillantes pour que l'on puisse les utiliser, les veines du dos de la main sont en général assez volumineuses et assez faciles à injecter.

Après avoir pris les soins antiseptiques nécessaires (savonnage de la peau, lavage à l'éther ou à l'alcool), on applique soit une bande de toile, soit la bande d'Esmarch. Cette dernière est préférable, car après avoir pénétré dans la veine, il faut desserrer la bande sans imprimer de mouvements au bras. Dans ces conditions, on peut serrer autant qu'il est nécessaire en faisant un tour seulement avec la bande d'Esmarch, tour que l'on peut défaire sans toucher au bras.

La seringue étant chargée et purgée bien soigneusement de bulles d'air et de la mousse qui existe toujours à la partie supérieure de la solution, on fixe du ponce gauche la veine choisie. La seringue munie de l'aiguille étant dirigée presque parallèlement à la peau, il faut donner un coup sec pour pénétrer directement dans la veine.

Pour ce temps, il vaut mieux que le biseau de l'aiguille regarde en avant. Ce premier temps accompli, on doit retirer la seringue et laisser l'aiguille en place. S'il s'écoule quelques gouttes de sang, c'est là un signe certain qu'on est bien dans la veine. Si non, il faut retirer l'aiguille et recommencer soit au-dessus de la première piqûre, soit dans une autre veine.

Il s'est écoulé du sang, et nous sommes bien dans la veine.

Alors, il faut desserrer lentement la bande d'Esmarch, en imprimant le moins possible de mouvements au bras. Poussez ensuite l'injection lentement. Quand le liquide est tout injecté, retirez l'aiguille et obturez la piqûre avec du collodion.

Quelques fois, il faudra dénuder la veine pour y introduire l'aiguille, petite complication dont on se tire généralement facilement.

La quantité de collargol injectée ainsi est en général de 10 c. c. d'une solution à 1%. L'injection doit être répétée toutes les 48 ou 72 heures, jusqu'à ce que la température soit revenue à la normale ou à peu près.

Dans un travail ultérieur, je vous donnerai les phénomènes consécutifs à ces injections intra-veineuses de collargol, et leurs complications. Je vous ferai aussi part de trois observations concluantes que j'ai recueillies moi-même à Lariboisière, dans le service de Bonnaire. Quant au mode d'action de ces injections, si les expériences faites en ce moment à Lariboisière apportent quelque lumière sur le sujet, je vous en communiquerai les conclusions.

L'injection intra-veineuse de collargol n'est pas douloureuse; et les malades n'accusent aucune sensation pénible lorsque la solution est introduite dans le courant circulatoire. Il arrive cependant que parfois la veine est transpercée, et il se produit alors un thrombus.

Cette injection dans le tissu cellulaire ou dans la gaine péri-veineuse est alors douloureuse, et les malades l'accusent par des plaintes. Cette douleur peut même être assez vive pour nécessiter dans les quelques heures qui suivent des pansements humides. Le thrombus est caractérisé par un nodule plus ou moins volumineux, qui est spontanément sensible, sensibilité que la pression augmente. Sa consistance ne se ramollit que bien rarement; il se forme du pus et l'incision devient néces-

saire. Le plus souvent, ce nodule devient insensible et se résorbe très lentement.

Le collargol injecté ainsi dans le courant sanguin est-il inoffensif? Crédé, Beyer, Bonnaire et Legrand n'hésitent pas à répondre dans l'affirmative, et je ne connais pas de voix discordantes.

Qu'il soit bien entendu que je ne parle ici que des injections bien faites, car personne n'ignore les désastres que pourrait amener une injection de collargol mélangée de bulles d'air.

Immédiatement après l'injection, rien de particulier ne se passe. Mais en général, une couple d'heures après, la malade est prise d'un frisson. Le frisson est violent, se continue pendant plusieurs minutes, et est accompagné de tremblements, de claquements de dents. La malade a froid, et il faut la réchauffer avec des draps chauds et des boules aux pieds (briques chaudes, bouteilles remplies d'eau chaude). Après ce frisson, l'élévation de température est très sensible. Certaines malades dont le thermomètre marquait 39° avant l'injection, atteignent 40 et 41 degrés après le frisson. Le pouls est accéléré et présente une courbe parallèle à celle de la température.

A quoi serait due cette élévation de température? Diverses opinions ont été émises.

Crédé et les auteurs allemands pensent que cet incident est dû aux impuretés, aux sédiments qui existent dans la solution de collargol. Bonnaire et Legrand pensent qu'il s'agit plutôt d'une réaction de l'organisme.

Dans les cas, en effet, où il y a eu frisson et ascension de la température, les bons effets du collargol ont été constatés, et l'examen des courbes d'observations qu'il m'a été donné d'étudier avec Bonnaire à la maternité de Lariboisière m'a montré que là où il avait eu réaction de l'organisme, il y avait le lendemain défervescence et amélioration de l'état général.

S'agit-il, ainsi que Bruneau l'a constaté, d'une hyperleucocytose ayant son maximum 6 heures après l'injection, ou bien, faut-il faire intervenir un pouvoir catalytique de l'argent métallique, pouvoir analogue à celui des ferments, ainsi que l'ont démontré Wenckebach à propos de la mousse de platine et des métaux colloïdaux ?

Je ne saurais répondre à ces questions car les expériences faites à Lariboisière ne sont pas très abondantes. Mais ce qu'il est permis d'affirmer, c'est qu'il se produit une réaction de l'organisme d'autant plus intense que l'effet produit par le collargol sera plus utile, et bien loin de noter que ce frisson et cette ascension de la température couvrent un accident, nous devons nous réjouir chaque fois qu'ils se produisent.

Dans les heures qui suivent le frisson, la température reste élevée, mais cependant tend à descendre. Si l'on prend la température axillaire des malades toutes les heures, l'on constate une diminution de quelques dixièmes. Quand l'organisme est fortement déprimé, qu'il ne peut plus résister contre les germes envahisseurs, ce frisson, fait alors le plus souvent défaut. Dans ces conditions, l'effet du collargol est souvent nul, et le pronostic doit être réservé.

La nuit qui suit l'injection est souvent remarquable par la sédation qu'elle apporte dans l'état des malades. Telle malade qui, les jours précédents, passait ses nuits sans sommeil, avec de l'agitation, du délire parfois, trouve un sommeil réparateur et se réveille le lendemain matin beaucoup plus calme.

Il arrive quelques fois que la température, qui, la veille atteignait 39 et 40 degrés, soit redescendue le matin à la normale pour ne plus quitter 37°. Déjà, la malade présente un contraste frappant avec ce qu'elle était la veille. Ses traits sont moins tirés, les yeux moins excavés, et la malade répond plus facile-

ment aux diverses questions qui lui sont posées. En même temps, on constate une augmentation des urines, et dès ce jour, la malade s'alimente mieux.

Mais, les phénomènes ne se passent pas toujours ainsi. Dans des cas moins favorables, la température, qui le matin suivant l'injection est redescendue à la normale, remonte le soir, et les jours suivants présente une série d'oscillations. Dans ces cas, il faut souvent noter une chute de la température en lysis descendant en quelques jours à  $35^{\circ}$  avec amélioration progressive de l'état général.

Parfois, il y a rémission de la fièvre après l'injection jusqu'à la normale, mais cette défervescence n'est que passagère, et 24 heures après, la température revient aussi élevée qu'avant. Dans ces conditions, souvent l'état général se trouve facilement influencé et même, dans ces cas, la malade se trouve mieux, et ce n'est qu'après plusieurs injections que la défervescence est définitive.

Il arrive que la réaction de l'organisme ne se fasse que tardivement.

Après l'injection de collargol, la température reste élevée, l'état général le même, et ce n'est que 48 heures ou plus après que commencent les effets curateurs du médicament. Comme conclusion, je dirai que le collargol est un remède précieux dans l'infection puerpérale grave, et que son emploi est pleinement justifié par les résultats obtenus en France, en Allemagne, aux Etats-Unis, même dans la République Argentine, où un confrère de ce pays, suivant les cliniques avec moi, m'affirme qu'on l'emploie avec succès.

Les injections sont absolument sans danger pour les malades, et sont d'autant plus actives que la réaction qui les suit est plus forte.

P. A. GASTONGUAY, M. D.

Paris, 1er Décembre 1905.

## L'ANESTHÉSIE PAR LA SCOPOLAMINE-MORPHINE ET CE QU'IL FAUT EN PENSER

Par P. CALIXTE DAGNEAU M. D. assistant chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

---

Au mois de Mars dernier, un article très sérieux de MM Tessier et Desjardins, paru dans la *Presse Médicale* de Paris, attirait l'attention du monde scientifique Français sur la valeur d'une nouvelle méthode d'anesthésie. L'élément Canadien-français de notre corps médical ne pouvait faire autrement que suivre avec intérêt le mouvement nouveau qui se dessinait, et plusieurs des nôtres commencèrent dès lors à se servir du nouveau médicament, ou, pour parler plus proprement, de la nouvelle méthode d'application d'un médicament connu ; les lecteurs du *Bulletin Médical* ont pu lire une série d'observations très bien faites de quelque vingt-cinq cas d'anesthésie par ce procédé.

La méthode était très attrayante ; les nombreux avantages que l'on revendiquait pour elle ne pouvaient qu'attirer même les plus récalcitrants, et à ma connaissance personnelle plusieurs chirurgiens Québécois n'attendaient qu'une occasion favorable pour s'en servir.

Il fallait tout simplement faire d'heure en heure avant le début de l'acte opératoire trois injections hypodermiques de 1/50 gr. de bromhydrate de scopolamine et de 1/5 gr. de sulfate de morphine, pour voir le malade s'endormir d'un sommeil quasi-physiologique durant huit à douze heures, et jouir d'une anesthésie suffisante pour permettre presque n'importe quelle intervention chirurgicale. De plus le réveil devait être normal, sans les terribles nausées du chloroforme, sans les dangers de congestion de l'éther ; le rein et le foie devaient sortir indem-

nes de la narcose et le chirurgien devait retrouver le lendemain, non plus un malade, mais un individu bien portant n'ayant tout au plus que le souvenir d'avoir dormi quelques heures de plus que d'habitude. Plus de douleurs post-opératoires, plus de vomissements, plus de dangers dus à l'anesthésique.

La statistique comptait alors (Mars, 04) 1488 cas avec 12 morts, "Aucune de ces morts ne peut être imputée à l'anesthésique" disaient les auteurs de l'article pré-cité. A première vue cela paraissait très bien, très simple, très facile. Tout au plus un médecin timoré, il s'en trouve encore, aurait-il pu voir avec crainte 3750 gr. de scopolamine (extrait de la scopolamina japonica, famille des solanées vireuses dont tous les extraits sont dangereux) en même temps que 375 gr. de morphine ; mais l'importance de ceux qui lançaient la méthode et le succès de leurs essais réassuraient la plupart et leur faisaient regarder la méthode comme l'idéal de l'anesthésie. Malheureusement nous vivons dans un siècle

Où les plus belles choses

Ont le pire destin.

et les adversaires de la scopolamine n'ont pas tardé à enrégimenter contre la méthode nouvelle de véhémentes protestations.

Ils ont tout d'abord contesté cette assertion que les douze cas de mort de la première statistique étaient absolument étrangers à la méthode d'anesthésie. Puis, à la Société de Chirurgie de Paris, (Juillet, 05) M. Monod a cité le cas d'une jeune femme en excellente santé antérieurement, qui fut prise, cinq heures après la dernière injection d'accidents très graves, affaiblissement graduel et arrêt du pouls et de la respiration ; il fallut une demi-heure d'efforts pour la ranimer, et pendant deux ou trois jours on eut des craintes sérieuses à son endroit. "Cet accident, ajoutait M. Monod, terminait pour lui la série de ses expériences." D'ici de là on émettait l'idée que la méthode n'était pas

sans danger, que la scopolamine n'était que de l'hyoscine, (Société de Thérapeutique, Paris, 11 Oct. 05) et qu'il fallait y regarder à deux fois avant d'injecter 3750 gr. de cet alcaloïde sans avoir au préalable tâté la susceptibilité individuelle du malade. Qu'enfin (M. Tuffier dans la *Presse Médicale*) il valait mieux se contenter d'un seul anesthésique et ne pas faire courir plus de risques aux malades en leurs administrant simultanément plusieurs médicaments dangereux. En dernier lieu la *Semaine Médicale* de Paris (8 Novembre 05) contient un plaidoyer en règle avec preuve à l'appui contre l'emploi de la scopolamine morphine.

M. de Maurans, le rédacteur en chef de ce journal, repasse dans une première partie de son travail les cas de mort rapportés par les auteurs Allemands, ceux-là justement qui étaient tous étrangers à la scopolamine, et remettant les choses sous leur vrai jour il montre que plusieurs des chirurgiens ont attribué eux-mêmes les accidents à l'agent anesthésique. Il cite ensuite dix nouveaux cas qui sont pour lui notamment imputables à la scopolamine. Enfin il montre, d'après les expériences très complètes de M. de Stella, que la scopolamine tue les animaux d'abord en paralysant les centres respiratoires et en amenant l'arrêt de la respiration, ensuite d'une façon plus éloignée en amenant une dégénérescence graisseuse des organes, surtout du cœur et du rein.

Et voici comment il termine cet article remarquable que devraient lire tous ceux intéressés à cette question. "Aussi, quand à l'étranger on est sûr le point d'abandonner la scopomorphinisation, aimons-nous à croire qu'en France où jusqu'ici aucun cas de mort n'a été publié, ce qui ne veut pas dire qu'il n'y en ait pas eu, — il ne sera plus question de ce mode d'anesthésie infidèle et dangereux suivant l'expression de M. Bakes.

Persister dans son emploi en dépit des faits précités serait s'exposer à de bien lourdes responsabilités."

Il conclut au renvoi pur et simple.

Notre expérience personnelle se borne à trois cas, observés dans le service de chirurgie à l'Hôtel-Dieu.

Les deux premières malades n'ont reçu chacune que deux piqûres de 1/5 de gr. de scopolamine et 1/5 de gr. de morphine.

Elles paraissaient suffisamment empoisonnées avec ces doses et, le chirurgien qui les opérât n'a pas voulu aller plus loin.

L'une d'elles ne respirait plus que cinq fois à la minute. A la première on fit l'hémostase de la cavité laissée par l'ablation d'une grosse tumeur du corps thyroïde.

L'hémorragie abondante nous avait forcés à y faire un tamponnement et une suture de la peau, l'opération initiale avant été faite avec une injection locale de cocaïne. L'anesthésie dû être complétée par quelques gouttes de chloroforme ; la malade dormit pendant trois ou quatre heures, eut quelques vomissements et souffrit un peu.

La seconde fut hystérectomisée. La paroi était saignante, les muscles abdominaux contractés. Le réveil fut accompagné de douleurs et de vomissements qui durèrent pendant 36 heures. Il avait fallu ajouter quelques gouttes de chloroforme pour tenir la malade tranquille.

Chez la troisième malade, opérée pour un kyste ovarien simple, on avait fait injecter 1/100 de gr. de scopolamine pour prévenir les douleurs et les vomissements post-opératoires; le but ne fut que partiellement atteint, la malade vomissant dix fois dans la nuit.

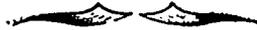
En résumé, chez nous la scopolamine n'a pas rempli toutes ses promesses et nous a effrayés par ses effets.

Et quelle conclusion pratique devons-nous tirer de tout ceci ? Une seule je crois, abstenons-nous, soyons prudents.

Je ne voudrais pas prendre sur moi la responsabilité de mettre tout-à-fait de côté cet agent thérapeutique, mais je crois que nous devons attendre encore un peu avant de nous en servir couramment.

Laissons le procès se décider avant de prendre les risques d'une méthode vraiment dangereuse ; et quand le jugement définitif sera formé nous serons peut-être surpris de voir bien peu de chirurgiens sérieux se servir encore de l'anesthésie par la scopolamine-morphine.

19 décembre 1905.



### LE SANMETTO DANS LES AFFECTIONS GÉNITO-URINAIRES.

J'ai eu les [meilleurs résultats] de l'emploi du SANMETTO dans les affections génito-urinaires.

Cannelton, Ind.

DR. C. T. HENDERSHOT,

Diplomé en 1897.

## **Revue des Journaux**

---

### DE L'EMPLOI DE LA SCOPOLAMINE EN OBSTETRIQUE

---

L'emploi de la scopolamine comme anesthésique général est depuis quelque temps entré dans la pratique chirurgicale, non, il faut bien le dire, sans controverse. Nous y avons eu personnellement recours, avec succès, en ces temps derniers, pour une intervention obstétricale grave, une pubiotomie pour rétrécissement généralisé du bassin.

Même en dehors de tout élément de dystocie grave au cours de l'accouchement, nous avons adopté comme règle de pratique de faire largement usage de cet anesthésique pour amortir l'élément douleur du travail et en améliorer l'évolution.

Dans tous mes accouchements, si je ne prévois que la durée sera de plus d'une heure et si les douleurs sont vives, que la parturiente accepte ou réclame un anesthésique, ce qui est le fait chez un grand nombre de primipares surtout, je donne alors la préférence à la scopolamine. Au besoin, je renouvelle la dose après trois à six heures, et j'ai même parfois donné trois injections semblables consécutives, à six heures d'intervalle, sans inconvénient. Quand les malades s'éveillent, c'est-à-dire après un sommeil presque continu de douze à dix-huit heures, j'ai toujours constaté que le réveil était gai, normal, tout à fait satisfaisant. Sur une série d'une quinzaine de cas ainsi traités, je n'ai rencontré aucune complication du côté maternel attribuable à la scopolamine. Tout à plus la période d'expulsion serait peut-être re-

tardée ; mais quant à la dilatation du col utérin, l'anesthésique m'a paru plutôt la favoriser.

Du côté du fœtus, je ne suis pas tout à fait aussi positif. Il m'a semblé que lorsque l'accouchement se terminait en plein sommeil scopolamique, l'enfant arrivait un peu stupéfié : dans 25 pour 100 de ces cas, j'ai été obligé d'intervenir pour réveiller l'acte respiratoire initial. Et ce qui m'a frappé c'est qu'alors les mouvements brusques font plus pour stimuler le centre que la respiration artificielle, les tractions rythmées de la langue, etc. ; c'est bien là la caractéristique des scopolamisés en général, plus sensibles aux bruits, aux chocs extérieurs qu'au bistouri, ou aux excitations internes.

J'ai cru remarquer enfin que chez ces nouveau-nés, la pupille était légèrement dilatée ; cependant les globes oculaires n'étaient jamais tournés vers le haut comme c'est le cas d'ordinaire ; et autre fait contradictoire, c'est qu'alors, à l'opposé de ce que nous savons sur cette étrange alcaloïde, ce sommeil anesthésique serait de courte durée chez les tout jeunes, puisque soixante à soixante-quinze minutes après leur naissance rien ne paraissait plus.

Enfin dans les quatre derniers accouchements où j'ai fait usage de ce principe actif, j'ai observé qu'il m'était très difficile pour ne pas dire impossible de provoquer des mouvements actifs du fœtus par chocs extérieurs ou autrement, lorsque la mère était narcosée ; de même que j'ai remarqué qu'après sa naissance, quoique éveillé comme je l'ai dit plus haut, l'enfant est moins agité, semble plus insensible que d'habitude et ce, pendant un temps assez prolongé.

\*  
\* \*

De ce qui précède et de ce que je sais par mon expérience sur la scopolamine comme anesthésique général, je serais porté

à conclure que cet agent a une action modératrice élective sur le centre respiratoire : chez l'adulte scopolaminisé, la respiration est toujours lente et profonde ; mais ce qui semble plus difficile à interpréter, c'est qu'en même temps les pulsations cardiaques sont accélérées. Toutefois, au point de vue pratique, j'ai le sentiment que chez les sujets ainsi anesthésiés, le danger si danger il y a, viendra du côté de la respiration et non de la circulation.

Je donne toujours le bromhydrate de scopolamine en injections hypodermiques à la dose de 1/50 de grain, associé à la morphine (sulfate ou chlorhydrate indifféremment au) 1/75 de grain. Je ferai aussi remarquer que dans tous les cas où je me suis servi de scopolamine, j'ai terminé ces accouchements par le forceps ou la version et que chaque fois j'ai donné au préalable quelques gouttes de chloroforme.

J'ai essayé l'emploi de la scopolamine que quelques-unes de nos usines pharmaceutiques américaines nous fournissent, sous l'appellation de *tablettes hypodermiques* (hypodermatic tablets) ; c'est là un procédé commode et pratique pour faire une solution hypodermique extemporanée ; malheureusement, l'effet thérapeutique de ces comprimés est incertain et irrégulier soit qu'il y ait une différence au point de vue de la pureté chimique d'une tablette à une autre, soit que les manipulations ou l'association des substances de soutien du comprimé altèrent la composition de l'agent anesthésique ; mais je n'ai pu trouver en Amérique aucune préparation de scopolamine dont l'effet fût aussi certain que celui des bonnes marques européennes.

ALBERT LAURENDEAU.

*De la " Presse Médicale," de Paris.*



## EXAMEN DU SOMMET DU POUMON

Par MAURICE LETULLE Agrégé, Médecin de l'hôpital Boucicaut .

---

Toutes les fois qu'il s'agit d'étudier, sur un sujet, l'état du sommet du poumon, une méthode complète, se conformant aux principes fondamentaux de la clinique, est indispensable. On doit toujours procéder suivant un ordre rigoureux et constant, d'abord par l'*Inspection*, puis la *Palpation*, ensuite la *Percussion* et enfin l'*Auscultation* des différentes parties du tronc qui recouvrent, à droite comme à gauche, le segment le plus élevé du lobe supérieur du poumon.

L'anatomie et la clinique démontrent que la pointe du sommet déborde, en dedans, le bord supérieur de la Ire côte et confine, par devant, au fond du creux sus-claviculaire et, par derrière, à l'insertion de la fosse sus-épineuse sur la base du cou tangentiellement au relief arrondi tracé par la saillie du muscle trapèze dans sa portion scapulo-cervicale. En outre, le creux axillaire, lorsque le bras est élevé verticalement, permet d'aborder le bas-côté du sommet du poumon, au moins dans la zone qui correspond, latéralement, au deuxième espace intercostal, et même à la deuxième côte. C'est donc sur ces différents territoires que l'enquête va porter, c'est autour de ce sommet qu'il nous faut manœuvrer.

La technique de chacune des manœuvres en question demande à être réglée avec un soin rigoureux, et l'étudiant ne doit pas plus hésiter à s'y exercer—aussi tôt et aussi souvent que possible—que s'en exagérer les difficultés, réelles seulement lors des premiers essais.

De la mise en pratique des divers temps de chaque manœu-

vre va ressortir, s'ils sont bien exécutés, un diagnostic impeccable, ou, dans le cas contraire, une erreur aussi préjudiciable au malade examiné qu'au médecin forcément responsable de son enquête.

Il m'a paru intéressant de tracer en peu de pages, les plus importants des gestes ou attitudes qui mettent le médecin à même de bien étudier le sommet du poumon, terrain de prédilection pour la tuberculose humaine.

Tout d'abord, une notion domine l'ensemble des manœuvres qui vont suivre : il faut toujours comparer, *l'un à l'autre, les deux sommets* et leur appliquer tour-à-tour, sur-le-champ, et en des points symétriques, le procédé d'investigation, quel qu'il soit, auquel on a recours.

#### I.—INSPECTION DES DEUX SOMMETS.

Supposons encore valide le sujet à examiner. L'attitude verticale du thorax, les bras tombant le long du corps, soit assise, soit, ce qui vaut mieux, debout dans la rectitude est, pour le malade comme pour le médecin, la position du tronc la plus favorable à une inspection complète et rapide.

Sur son lit, le malade assis, la poitrine formant angle droit avec les membres inférieurs allongés, respire moins largement et se fatigue plus vite.

\* \* \*

*Vue de face.*—Voici le schéma : regarder le patient bien en face, sa poitrine mise à nu, autant que possible, et en pleine lumière.

Après un rapide coup d'œil sur la masse du tronc, repérer les deux clavicules. Considérer d'abord, en les comparant l'un à l'autre, les *creux sus-claviculaires* : une dépression permanen-

te, bilatérale, ou plus marquée d'un côté, peut être un indice précoce révélant une bacillose au début.

La même remarque s'applique à la région *sous-claviculaire* l'émaciation d'un grand pectoral révélera plus d'une fois l'état pathologique du parenchyme pulmonaire sous-jacent.

Ce premier temps de l'inspection accompli, il est utile de demander au sujet de respirer à fond, sans grande hâte, la bouche fermée, afin de chercher ce qui se passe au cours de l'amplication inspiratoire du thorax et pendant l'évacuation de l'air. Les mouvements respiratoires s'effectuent, à l'état normal, d'une manière régulière, chaque moitié de la poitrine se soulève s'élargit, descend puis fait sa pause en expiration, suivant une allure rythmée et isochrone. D'autres fois, au contraire, un côté du thorax s'élève "en retard sur l'autre" et le désaccord est plus ou moins patent. Lorsque ce phénomène n'est visible qu'au niveau du sommet, tantôt c'est le creux sus-claviculaire qui s'excave davantage à mesure que s'amplifie la cage thoracique, pendant l'inspiration; tantôt c'est la clavicule, qui, retardataire, semble boiter par rapport à sa congénère; en ce cas "la claudication d'un sommet" revêt un intérêt sémiologique de premier ordre. Pour avoir toute sa valeur, il faut que le signe en question soit constant et que l'examen du reste de la cage thoracique permette d'éliminer l'existence d'une scoliose, même légère, ou d'une pleurésie avec épanchement.

\* \* \*

*Vue de profil.*—L'inspection de la face antérieure du thorax est terminée; il est bon alors de placer le sujet de profil. Étudier la ligne antérieure, qui suit le profil de la face, du cou, du sternum et de la saillie de l'abdomen. Maintes fois déjà, chez les pré-tuberculeux, l'attitude générale de la poitrine apparaît fort défectueuse. Mal tenus dans la rectitude, l'extrémité cé-

phalique et le cou s'inclinent invisiblement ; la saillie à l'état normal de la poitrine, quelque peu bombée en avant, n'est plus représentée que par une ligne droite à peu près verticale. Les épaules, tombantes, ont glissé sur un plan plus rapproché de la face antérieure du corps et semblent avoir entraîné dans leur déplacement le haut de la cage thoracique plus ou moins émaciée.

Le profil postérieur, qui passe par l'occiput, la nuque, le cou et le dos, paraît dessiner au profit de l'omoplate plus ou moins décollé un relief anguleux : sa moitié supérieure contourne un dos voûté, tandis que l'inférieure (sous-jacente à la pointe de l'omoplate) s'incurve fortement en bas et en avant, dénotant ainsi une étroitesse de plus en plus marquée de la base du thorax.

De telles poitrines, fléchies sur elles-mêmes, par faiblesse générale des muscles insérés sur la cage thoracique, et peut-être aussi par suite des adhérences du sommet, ont l'air de prendre appui sur le haut d'un abdomen, souvent, sinon presque toujours proéminent. Pour ces poumons, l'ampliation inspiratoire est fatalement insuffisante et prédispose à la tuberculose du sommet, quand elle n'en révèle pas déjà le premières atteintes.

\*  
\* \*

*Vue de dos.*—Le sujet, complétant son demi-tour, se présente le dos à l'observateur. Une enquête similaire commence ; il faut examiner tour à tour l'attitude générale du tronc et les formes des différentes régions pour concentrer, en dernière analyse, son attention sur les sommets.

Après un rapide examen du rachis (si fréquemment atteint de scoliose ou de lordose), l'observateur, ayant constaté la symétrie—ou l'asymétrie—des deux côtés de la poitrine, s'occupe des sommets, c'est-à-dire des deux fosses sus-épineuses et, par la

même occasion, des deux omoplates. Suivant le cas, tantôt l'omoplate se montre bien en place, normalement accolé à la cage thoracique ; tantôt au contraire il soulève de sa pointe les téguments au-dessous desquels il se dessine en un relief plus ou moins marqué (*scapulæ alatæ*).

De même pour la région sus-épineuse : bien remplie par les masses musculaires, elle complète d'une manière harmonieuse la rondeur des épaules ; mais l'amaigrissement de la fosse sus-épineuse peut se révéler d'une façon des plus marquées au début même de la tuberculose du sommet.

L'inspection de la configuration extérieure étant terminée, reste à regarder respirer le thorax vu de dos. L'observateur constate-t-il, comme il l'avait déjà vu par devant, la boiterie d'un des sommets ? Ce signe acquiert une grande valeur sémiologique. Il révèle l'existence d'adhérences pleurétiques coiffant le haut du poumon ; et l'on sait que l'origine bacillaire de ces lésions est, à proprement parler, la règle.

Pour terminer l'inspection des sommets, il est bon d'y rechercher le signe de RUAULT. Au point de vue qui nous intéresse, cette manœuvre est une sorte de transition entre l'inspection et la palpation. La position de Ruault consiste, pour le médecin, à placer légèrement ses deux mains par derrière, à plat, sur les épaules du sujet et à en surveiller le jeu pendant la respiration à fond. Le retard d'un sommet, quand il existe, s'accuse alors et s'amplifie, pour ainsi parler, de toute la longueur du bras de levier représenté par l'avant bras de l'observateur.

## II.—PALPATION DES DEUX SOMMETS.

L'épreuve de la palpation comporte une double série de recherches :

1° L'étude de la consistance des masses musculaires et de la forme ainsi que de la résistance des parties osseuses protégeant le sommet pulmonaire ;

2° La recherche des vibrations transmises par la paroi thoracique à la main qui palpe les téguments d'un sujet parlant à haute voix.

\* \* \*

*Consistance des muscles enveloppant le sommet.*—La pression méthodique, au moyen de la pulpe des doigts, sur les masses musculaires qui recouvrent le sommet du poumon (fosses sus et sous-épineuses, région sous claviculaire), fournit un signe caractéristique. Le sus-épineux ou le grand pectoral, par exemple, peut offrir au doigt une moindre résistance parfois extraordinaire; cette perte de consistance est d'autant plus saisissante que l'amaigrissement de la région, richement fournie en pelotons adipeux sous-cutanés, peut n'être pas encore appréciable à la vue.

Il peut arriver aussi que la palpation d'une région éveille une douleur en un point circonscrit; ce détail offre un grand intérêt et acquiert une valeur diagnostique de premier ordre: au début même de la tuberculose du poumon, il est assez fréquent de le constater au niveau du sommet suspect.

\* \* \*

*Vibrations thoraciques.*—La recherche des vibrations thoraciques est d'une pratique fort simple. Encore faut-il prendre soin de faire compter le sujet à haute et intelligible voix, sans précipitation comme sans lenteur, et en exigeant de lui une articulation bien distincte. Chez la plupart des femmes, la voix, grêle, est trop douce pour transmettre ses vibrations à la surface des téguments de la poitrine. Nombre d'hommes aussi présentent le même inconvénient, à cause de leur voix voilée inutilisable pour la recherche des vibrations thoraciques.

On demande donc au sujet de compter lentement et fort

en articulant le mieux possible. On lui fait répéter un ou plusieurs chiffres de choix, comme "trente-trois ou quarante-trois", dont les syllabes formatives possèdent la lettre r et exigent, pour leur production, le jeu renforcé de la langue et de la cavité buccale.

Cela dit, comment appliquer la main sur la région à étudier? De deux façons, successivement, à mon avis du moins : d'abord, largement, la face palmaire des quatre derniers doigts accolés à plat sur la peau, sans appuyer, mais en établissant un contact parfait entre la main et la surface tégumentaire. Ce premier geste fournit, sur l'heure, une indication d'ensemble. la paroi vibre ou demeure inerte. En second lieu, on procède à l'examen des détails, à l'aide de la pulpe des phalanges accolées des trois doigts intermédiaires de l'une et, au besoin, des deux mains, qu'on applique en des points symétriques de la paroi.

Toutes les régions des deux sommets doivent, de la sorte, être passées successivement et par comparaison en revue, sans omettre la clavicule elle-même et son articulation sterno-claviculaire qui, certes, recouvre pour sa part quelque peu le parenchyme pulmonaire.

Tous les renseignements, quels qu'ils soient, concordants ou contradictoires, sont notés avec un soin méthodique. Dès lors, l'opérateur va pouvoir compléter sa documentation au moyen des deux grands procédés techniques : la percussion et l'auscultation, qui feront l'objet d'une étude ultérieure.



## THERAPEUTIQUE CHIRURGICALE

---

### *Traitement des injections chirurgicales par le phénol camphré.*

Il s'agit là d'une méthode de traitement encore peu entrée dans la pratique, bien qu'elle bénéficie d'une certaine valeur. Employée par Chlumsky depuis six ans (*Zentralbl. f. Chir.*, 19 août 1905) elle semble lui avoir donné les meilleurs résultats. L'acide phénique perd ses propriétés caustiques allié au camphre. On peut mélanger à parties égales : de l'acide carbolique pur et du camphre, ou bien plutôt 2/3 de camphre pour 1/3 d'acide. Dès lors ce liquide peut être versé sur les plaies sans crainte de brûlures. A peine une forte sensation de chaleur de peu de durée, tel est l'unique phénomène ressenti par le malade. L'odeur d'acide phénique se trouve neutralisée par l'odeur du camphre. Laissé à l'air ce mélange devient caustique, par suite de l'évaporation du camphre ; il convient donc de conserver en flacon bouché à l'émeri la solution de phénol camphré. Les indications du phénol camphré, d'après Chlumsky, sont nombreux. Ainsi dans l'érysipèle, il badigeonne les régions malades deux à cinq fois par jour. Il paraît qu'en quelques heures la rougeur diminue et le malade guérit.

En cas de vieille lésion, après le badigeonnage, la face du malade est enveloppée d'ouate imbibée de la solution. Ce pansement sera changé une ou deux fois par jour. L'amélioration se dessine rapidement, les régions malades bleuissent, puis desquamement pour prendre leur aspect normal en deux ou trois jours. Dans quelques cas rares on est appelé à constater des

brûlures locales, c'est pourquoi, en vue d'éviter cet accident, on formulera de préférence :

Acide phénique pur.....	30 grammes.
Camphre pulvérisé.....	60. "
Alcool absolu.....	10. "

M. us. ext.

Le même pensement peut être employé contre les phlegmons, panaris, pustules au début. Existe-t-il une collection, elle est évacuée et remplacée par 30 ou 50 gr. de la solution. Les plaies infectées sont lavées et pansées avec la solution de phéno! camphré

L'action sur les plaies en pleine suppuration est encore plus évidente. Leur sécrétion s'éclaircit rapidement et diminue. Les tampons ne sont laissés en place que jusqu'à diminution de la suppuration. On passera ensuite aux pansements ordinaires. Lymphangites, furoncle, même fistule, tuberculeuses peuvent être améliorés par ce traitement d'antisepsie énergique.

---

*Traitement de l'arthrite gonococcique par la méthode de Bier.*

On sait en quoi consiste la méthode de Bier ; déterminer en une région une stase sanguine par ligature de la racine du membre et compression veineuse consécutive. Les auteurs allemands ont recours à cette hyperémie passive dans beaucoup de cas d'inflammation locale articulaire ou autre. Un certain nombre de phlegmons aigus auraient été améliorés de la sorte. La ligature élastique est laissée 8 à 10 heures en place, de façon à déterminer un gros œdème bleuâtre du membre. L'arthrite blennorragique est justiciable de la même méthode. Hirsch

(*Erlanger Wochenschrift*, 1905, n° 39) a traité, à l'aide de cette ligature élastique, 25 arthrites blennorragiques. La douleur, dans tous les cas, a été calmée dès les premières heures ; de plus l'évolution de la maladie paraît s'être faite plus rapide. L'ankylose ne se montre pas avec la même fréquence que dans les autres cas. Sur ses 25 malades, Hirsch rapporte 10 guérisons complètes et définitives. L'action antimicrobienne de l'œdème, qu'il soit actif ou passif, ne paraît plus discutable. L'organisme, dans le phlegmon, réagit à l'infection par l'œdème. Même procédé curatif, mais moins net, dans l'arthrite. Comme le fait remarquer Eugen Joseph (*Munch. Mediz. Woch.*, 3 oct. 1905), le liquide d'œdème ne permet pas le développement des agents pathogènes. Il joue donc un véritable rôle de défense, rôle démontré par des expériences sur les cobayes. On comprend dès lors l'action curative indiscutable que peut jouer l'œdème par stase passive. Son indication doit plutôt être réservée aux inflammations diffuses — anthrax, phlegmons — plutôt qu'aux manifestations infectieuses articulaires, où les résultats paraissent un peu moins satisfaisants. Dix guérisons complètes d'arthrites gonococciques sur 25, cela ne constitue pas une statistique tellement démonstrative, qu'il faille crier au miracle.



## CURETTAGE DE L'UTÉRUS POST PARTUM

---

### INSTRUMENTS

Curettes à dents de scie grande et petite.

Pince à mors larges et mousses pour abaisser l'utérus.

Longue pince à pansements utérins.

Canule utérine.

Ecouvillons gros.

Gaze et coton stérilisés.

Gros drain de caoutchouc souple, à tête large, pour drainage éventuel consécutif.

Pince porte-drain.

Topiques utérins : solution iodo-iodurée à 3 pour 1000 ; teinture d'iode ; sublimé à 1/4000 ; mélange de glycérine créosotée à 1/3.

Gants de caoutchouc.

### INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

Le curettage utérin peut être prophylactique de la septicémie puerpérale, prophylactique ou curatif de l'infection localisée.

Il est prophylactique de l'infection dans les cas où la délivrance manuelle a été impraticable en totalité, en raison d'adhérences incoercibles du placenta.

Dans les cas où les membranes seules sont retenues depuis plusieurs jours.

Au début de toute infection puerpérale, alors que deux ou trois injections utérines sont demeurées sans effet sur les frissons, la fièvre et le malaise général, même en l'absence de tout signe

local utérin, du moment où l'on est sûr qu'il s'agit d'une infection par voie génitale, le curettage est indiqué. Il sera inutile s'il s'agit d'une septicémie suraigue, précoce, la vacuité de l'utérus étant certaine ; il sera utile, au contraire, si l'utérus est le siège d'un foyer de pullulation microbienne avec ensemencement continu.

Il est curatif pour les infections avec signes localisés à l'utérus (rétention ou fétidité des lochies ; utérus gros, très mou ou très dur, douloureux ; apparition de couennes streptococciques ou sphacéleuses sur le col et le vagin).

Le curettage n'est indiqué qu'après échec des lavages antiseptiques répétés de l'utérus, lorsque deux ou trois injections utérines n'ont pas atténué la fièvre en vingt-quatre heures. Mais il s'impose d'urgence en première intervention lorsqu'il y a certitude ou simplement soupçon de rétention de corps étrangers putrides.

Au cas où, après un curettage de l'utérus non matériellement altéré, l'infection évolue sous forme généralisée, la répétition de l'opération est contre-indiquée comme inutile et dépressive par choc pour l'état général.

Dans l'infection localisée à l'utérus il peut être réitéré lorsque, malgré la répétition des injections utérines, et malgré les écouvillonnages ou attouchements consécutifs de l'endomètre à la teinture d'iode, la fétidité des lochies et le développement des couennes infectueuses continuent. Il est inutile d'aller au delà de deux ou trois curettages espacés de plusieurs jours, avec pansements topiques intercalaires.

Si la fièvre et les frissons persistent, ce n'est plus l'état local mais la septicémie consécutive qui est en cause. En ce cas le curettage à répétition rapide est au moins inutile et le traitement chirurgical doit céder le pas au traitement médical.

A titre prophylactique de la production du déciduome ma-

lin, il doit être pratiqué dans les jours qui suivent l'expulsion d'une môle hydatiforme, dans le but d'assurer l'exérèse de tout élément de synditium dégénéré.

*Contre-indications.* — Le curettage ne pouvant s'exécuter que grâce à la mobilisation de l'utérus, il est dangereux dans les cas :

1° De phlébite hypogastrique, en raison des risques d'embolie ;

2° De foyer purulent adjacent ( trompe ou tissu cellulaire) par crainte d'ouverture de l'abcès dans la cavité péritonéale ;

3° Dans les cas de pelvi-péritonite : d'une part, l'organe est immobilisé, et d'autre part, il importe de ne pas déchirer les néo-membranes qui forment une barrière de défense pour la grande cavité séreuse sus-jacente.

#### MANUEL OPERATOIRE

La malade est placée en position obstétricale, sur le bord du lit ou d'une table garnie d'une toile cirée qui plonge dans un bassin placé entre les pieds de l'opérateur. Les membres inférieurs de la malade sont tenus par des aides ou reposent par les pieds sur les genoux de l'opérateur. La vessie et le rectum étant évacués, on fait une toilette externe et un nettoyage du vagin avec une solution de sublimé à 1/2000.

Le col, saisi par la lèvre antérieure, par la grosse pince mousse, est attiré vers la vulve, tandis que par le palper sus-pubien on abaisse le fond de l'utérus.

Faire au préalable, une injection utérine avec solution iodo iodurée à 3 pour 1000, ou attouchement de l'endomètre avec un tampon de coton de codex imbibé de teinture d'iode.

Introduire la curette lentement, en la laissant pénétrer en quelque sorte par le poids seul de l'instrument soutenu et poussé légèrement, jusqu'à ce qu'elle atteigne le fond de l'utérus. Ré-

er l'endomètre de haut en bas, en conduisant régulièrement la curette de façon à faire le tour de la cavité utérine, en appuyant modérément, et jusqu'à production du " cri utérin " en tous points.

Pour assurer le nettoyage des extrémités angulaires répondant aux trompes, se servir de la petite curette.

La curette retirée, introduire à fond un gros écouvillon imbibé de glycérine créosotée à 173, et faire une solide friction en tournant l'écouvillon en tous sens. Introduire une série de deux ou trois écouvillons jusqu'à ce qu'ils ressortent de l'utérus libres de tout détritrus solide.

Si le col n'arrive pas à la vulve, protéger la vulve et le périnée contre le contact caustique de la créosote, à l'aide d'une courte valve. Un aide en ce cas est nécessaire. Il tiendra d'une main gantée de caoutchouc la valve, et de l'autre la pince à fixation du col.

Après l'écouvillonnage, laver l'utérus à la solution iodo-iodurée, remettre l'utérus en place, et rincer le vagin au sublimé.

Au lieu de garnir l'utérus d'un tampon de gaze, mieux vaut compléter l'action du curettage au point de vue de l'évacuation consécutive de l'utérus, au moyen d'un *drainage efficace*

Rejeter tous les drains rigides qui peuvent offenser par un contact dur les parois de l'utérus malade, et employer un drain de caoutchouc gros et souple. Notre modèle à tête grosse, év. sée en fenêtres, reste en place en dépit des contractions utérines, et ne nécessite pas l'appui d'un coussin de gaze garnissant et obstruant le vagin.

## DIFFICULTÉS ET ACCIDENTS

A. DIFFICULTÉS.—Le curettage de l'utérus infecté étant en général presque indolore, la narcose est inutile ; ce n'est qu'en cas de *pusillanimité* extrême ou d'*indocilité* de l'opérée qu'il est nécessaire de recourir au chloroforme.

Le col est difficilement accessible à la pince, en raison d'une antéversion extrême de l'utérus : réduire la déviation par le palper combiné au toucher.

*L'orifice du col est fermé* : en règle générale, dans le post-partum, l'accoucheur n'a rien à faire dans un utérus fermé. Si en pareil cas, on a soupçon de la rétention possible de caillots ou débris, dilater l'orifice interne au moyen des tiges de Hégar (jusqu'au n° 50).

La curette bute sur le relief de l'orifice interne que l'on croit à tort fermé alors que l'utérus est coudé : bien élonger le segment inférieur en le redressant à la pince, et ainsi l'obstacle disparaît.

B. ACCIDENTS.—La *perforation utérine*, l'accident le plus grave, est imputable à l'instrument ou à l'opérateur. Pour l'éviter, s'abstenir du curettage dans les instants suivant la délivrance alors que l'utérus est mou, aminci et fragile ; c'est du reste le moment des interventions à main nue. L'accident peut se produire plus tard, lorsqu'on agit sur un utérus flasque et friable, dont la tonicité est obnubilée par une toxi-infection locale.

Les curettes tranchantes et mousses sont également dangereuses : la tranchante, parce qu'elle attaque le muscle utérin à plein tissu, et peut le raboter jusqu'au péritoine inclusivement ; la mousse, parce qu'elle nécessite une pression forte, en manière de levier, pour arriver à mordre sur les débris adhérents : elle crève l'utérus, ordinairement en arrière sur le segment inférieur

en franchissant par un ressaut brusque le relief de l'orifice interne de l'utérus.

La curette à dents de scie, que nous employons, ratisse superficiellement sans pénétrer dans le muscle, et sans demander un contact appuyé. Elle dilacère en les détachant les débris adhérents. Il faudrait l'enfoncer avec brutalité pour perforer l'utérus.

*Hémorragie.*—Trop souvent on croit au cours du curettage enlever des débris cotylédonaires alors qu'on ne fait que détacher les grosses têtes de caillots saillants, en bouchons de champagne, qui ferment le sinus de l'aréo-placentaire. L'ouverture des sinus par chutes des caillots peut entraîner une hémorragie momentanée, surtout quand il y a infection. Il suffit d'une injection chaude ou d'un attouchement de l'endomètre à l'iode ou à la glycérine créosotée pour assurer l'hémostase. Rarement le tamponnement à la gaze devient nécessaire.

*Réinjection.*—Il est de règle de voir, dans les heures suivant le curettage d'un utérus septique, se produire un frisson avec forte fièvre ; cet accident, heureusement tout transitoire, est dû à l'inoculation massive de toxines provenant de l'endomètre infecté et dilacéré, facilitée par l'ouverture cruentée d'une multitude de bouches vasculaires ou lymphatiques et par la destruction de la barrière granuleuse de défense.

Nous arrivons à prévenir ou du moins à atténuer ce petit accident prévu, en faisant précéder le curettage d'un large attouchement de l'endomètre à la teinture d'iode.

Le pouvoir diffusif et antiseptique de l'alcool et de l'iode imbibe et purifie la masse qui va être dilacérée. On obtient le meilleur effet prophylactique si on laisse un intervalle d'une demi-heure au moins entre l'attouchement et le curettage.

## PEUT-ON SE PRÉSERVER DE LA SYPHILIS

MM. Metchnikoff et Roux, dans leurs expériences sur les singes, viennent de mettre en relief une question susceptible de présenter en prophylaxie humaine une importance considérable. Ils ont démontré que si une heure après avoir inoculé la syphilis à un singe on pratique au point inoculé une friction avec une pommade mercurielle on évite à coup sûr la contamination de l'animal. Les hommes qui s'exposent à des contacts suspects auraient donc avantage à frictionner sans trop tarder avec une pommade au calomel la région du corps mise en péril. Ils pourraient éviter de cette façon l'apparition d'un chancre si tant est que l'homme soit sur ce point identique au singe.

\* \* \*

Voici les expériences de MM. Metchnikoff et Roux. (*Annales de l'Institut Pasteur*, No 11, p. 690).

Un chimpanzé a été inoculé aux deux arcades sourcilières avec du virus prélevé sur les chancres indurés de deux personnes atteintes de syphilis. Trois quarts d'heure après, les parties inoculées ont été frictionnées dix minutes avec de l'onguent mercuriel double (mercure 100 grammes, axonge benzoïnée 100 grammes).

Ce traitement a produit du côté gauche une irritation, puis une inflammation locale de l'arcade sourcilière. Quelques jours après l'inoculation, cette partie s'est couverte d'une escarre sèche qui est tombée plus tard. Cependant il ne s'est produit d'accident syphilitique d'aucun côté. Ce résultat ne peut pas être attribué à l'inefficacité des virus inoculés, car un second chimpanzé, qui a reçu le même jour les mêmes virus humains aux mêmes endroits, a présenté après une inoculation de vingt-huit

jours des chancres syphilitiques très développés aux deux arcades sourcilières. Ce n'est pas la forte irritation de la partie frictionnée qui a empêché l'éclosion du chancre, car l'arcade sourcilière droite du chimpanzé s'est montrée aussi indemne que la gauche bien que la friction n'ait déterminé sur elle ni inflammation, ni escarre.

Le peu de jours écoulés entre l'inoculation du virus et la formation de l'escarre à l'arcade gauche, ainsi que l'aspect de la lésion et l'absence d'adénopathie, auraient suffi pour affirmer qu'il ne s'agissait point d'une affection syphilitique. Mais pour plus de sûreté on a pratiqué, quarante-neuf jours après la première, une seconde inoculation du virus humain au même chimpanzé. On lui a inoculé, aux deux arcades sourcilières et à la verge, du virus venant des chancres indurés de la verge et de la lèvre inférieure de deux personnes syphilitiques. Trente jours après cette inoculation (c'est-à-dire soixante-dix-neuf jours après la première), il s'est développé à l'arcade gauche un chancre induré des plus typiques, suivi six jours après de l'hypertrophie du paquet ganglionnaire de la région post-auriculaire gauche. Deux chancres de la verge des plus typiques n'ont apparu que neuf jours après celui de l'arcade sourcilière; ces chancres ont donné lieu à la tuméfaction des ganglions inguinaux. Environ un mois après le début de l'accident primaire il s'est montré sur la lèvre supérieure, une plaque muqueuse caractéristique.

Cette expérience prouve suffisamment que le virus de la première inoculation a été détruit par le mercure sans donner lieu à la moindre immunité contre une inoculation subséquente de la syphilis.

Un macaque a subi le même traitement que le chimpanzé. Il a été inoculé d'abord aux deux arcades sourcilières avec du virus d'homme et, une heure après, il a été frictionné, aux mêmes endroits avec la même pommade mercurielle. Le len-

demain de petites croûtes sèches se formèrent aux arcades, mais il ne s'est produit aucun accident syphilitique.

La pommade mercurielle est donc capable d'enrayer les manifestations syphilitiques, lorsqu'elle a été employée une heure après l'inoculation du virus, mais elle présente l'inconvénient d'être trop irritante. A la suite de cette constatation, Metchnikoff et Roux ont recherché d'autres préparations mercurielles pouvant donner de meilleurs résultats. Ils se sont adressés au calomel, dont l'emploi local est si répandu en thérapeutique.

Un chimpanzé a été inoculé aux deux arcades sourcilières avec du virus de chancre induré de deux personnes syphilitiques. Une heure trois quart après, les parties inoculées ont été frictionnées pendant cinq minutes avec une pommade composée de 10 parties de calomel et de 20 parties de lanoline. L'animal est mort trente deux jours plus tard de broncho-pneumonie, sans présenter d'accident syphilitique. Un macaque traité exactement de la même façon, a vécu cent dix jours depuis le début de l'expérience. De même que le chimpanzé il est resté indemne et n'a présenté aucune lésion due, soit à l'irritation de la pommade, soit au virus inoculé.

Un cynocéphale a été inoculé aux deux arcades sourcilières avec du virus de chancre induré de la verge de deux sujets syphilitiques. Une heure après l'inoculation, les deux arcades ont été frottées avec de la pommade au calomel. Le lendemain ces parties ont été trouvées rouges, et les traces des scarifications inoculatrices étaient bien visibles. Mais il ne s'est pas produit d'inflammation, et les arcades guérirent en très peu de temps. Aucun accident syphilitique ne s'est développé dans l'espace de deux mois, tandis que chez le cynocéphale témoin, inoculé avec les mêmes virus et laissé sans traitement, l'arcade gauche a manifesté, après une période d'incubation de quarante jours, un chancre des plus typiques.

Deux mois après la première inoculation. le cynocéphale traité a été de nouveau inoculé aux deux arcades sourcilières avec du virus de chancres syphilitiques d'homme. Vingt-quatre jours plus tard, il a présenté aux points d'inoculation deux points rouges d'abord peu caractéristiques, mais qui, plus tard, ont pris l'aspect typique d'un accident primaire. Cette inoculation d'épreuve confirme le fait que la pommade au calomel a entravé l'action du virus de la première inoculation.

Dans une autre expérience, trois macaques ont été inoculés aux deux arcades sourcilières avec du virus de chancre induré de la verge de deux hommes atteints de syphilis. Un des macaques a été réservé comme témoin, tandis que les deux autres ont subi, une heure après l'inoculation, le traitement local avec de la pommade au calomel. Le témoin manifesta, aux deux arcades, des chancres typiques après vingt-huit jours d'incubation, tandis que les deux traités sont restés indemnes pendant les soixante-huit jours que dura l'expérience.

La pommade agit donc manifestement pour annihiler *in situ* l'action du virus ; par contre, l'application du sublimé en solution, une heure après l'inoculation, s'est montrée sans effet.

\* \* \*

Il est important, pensons-nous, d'appeler l'attention du praticien sur ce fait que le traitement local à la pommade mercurielle des parties contaminées par le virus syphilitique empêche l'éclosion de la maladie, sur le singe tout au moins.

P. DESFOSSÉS.



ASSOCIATION MÉDICO-CHIRURGICALE DU  
DISTRICT DE JOLIETTE

---

(Réunion du 11 Décembre 1905)

Monsieur le Président (Dr. Shepperd) expose que :

Maintenant que l'Association est bien assise ; qu'elle s'est donnée une bonne constitution, d'équitables règlements, un code d'éthique médicale concis et suffisant, de même qu'un tarif raisonnable, elle s'est imposée la mission de protéger ses membres contre la pratique illégale de la médecine, contre les rebouteurs et les charlatans.

“ J'ai, Messieurs, la satisfaction de vous annoncer que depuis notre dernière réunion, nous avons intenté trois nouvelles poursuites, dont deux contre l'obstiné Mirault, et l'autre contre un nommé Delcourt. Ces trois actions de même que celle pendante contre le susdit Mirault lors de notre dernière réunion, sont toutes réglées à notre gré. Nous avons touché de ce chef la somme de \$125.00, que nous avons déposée en banque, à l'épargne, aux termes de notre Constitution. Le rebouteur Mirault, dompté par ces coups répétés, m'a prié de vous faire des propositions, ou plutôt m'a proposé des compromissions que ma dignité professionnelle me défend de vous soumettre.

“ Enfin Messieurs, avant d'aborder l'ordre du jour, je dois vous dire que nous allons sans délai prendre des procédures judiciaires contre Destrempe, *un guérisseur par hérédité.*” (Il a hérité indivis et par ligne directe, d'un onguent de son grand-père).

Monsieur le Gouverneur de notre district, (Laurendeau) dans une causerie intime, résume les travaux du Bureau des

Médecins, à sa réunion de Septembre dernier ; traite de divers intérêts professionnels ; puis demande aux membres de l'Association de bien étudier les questions suivantes, afin de pouvoir motiver l'expression de leur opinion à la prochaine séance, laquelle aura lieu le 12 mars 1906.

1° Motion de M. le Gouverneur Normand, demandant l'abolition du système d'assesseurs aux examens Universitaires.

2° Motion de M. le Gouverneur Lessard, concluant à ce que le Bureau soit réduit de quarante trois à vingt-huit membres.

Proposé par M. le Dr. Bernard, secondé par M. le Dr. Ribardi :—Que l'Association Médico-Chirurgicale du district de Joliette approuve sans restriction, la création d'un Bureau Central d'examineurs pour la Province de Québec, et que l'expression de ce sentiment soit transmise au Bureau des Gouverneurs par notre représentant, M. le Dr. Albert Laurendeau. Adopté.

Proposé par M. le Dr. A. Magnan, secondé par M. le Dr. G. Desrosiers :—Que les membres de l'Association donnent leur concours et leur influence aux agents d'assurance représentant les compagnies dont le tarif est conforme à la résolution adoptée, à notre dernière séance, fixant le prix de chaque examen médical à \$5.00. Et que copie de cette résolution soit transmise aux agents, et aux médecins du district, ainsi qu'aux diverses sociétés médicales de la Province. Adopté.

Proposé par M. le Dr. Turgeon, secondé par M. le Dr. A. Laurendeau :—Que copie de la résolution adoptée à notre réunion du 11 Septembre 1905. "Compagnies d'Assurances," soit envoyée à toutes les associations-sœurs de la Province, priant leurs membres d'étudier cette question, et de s'unir dans un mouvement commun, afin de faire prévaloir les justes réclamations de la profession. Adopté.

Proposé par M. le Dr. Lippé, secondé par M. le Dr. Turgeon :—Que l'Association approuve les procédures prises contre Mirault et Delcourt depuis notre dernière réunion, ainsi que le règlement de ces actions. Adopté.

Proposé par M. le Dr. Martineau, secondé par M. le Dr. Laporte :—Qu'un comité composé de Mrs. les Drs. Sheppard, Bernard et Rivard, tous trois de Joliette, soit chargé de recevoir et examiner toute plainte de la part des membres de notre Association, contre un rebouteur ou un charlatan, et de prendre action en justice contre le dit rebouteur ou charlatan, s'il y a lieu. Adopté.

Proposé par M. le Dr. Bernard, secondé par M. le Dr. Lippé :—Que l'Association Médico-Chirurgicale du district de Joliette se fasse inscrire au "Congrès pour la répression de la pratique illégale de la médecine," lequel Congrès aura lieu à Paris, du 30 Avril au 3 Mai 1906; et que le secrétaire soit autorisé à payer la somme de 20 francs à M. Ch. Levassard, (2 Place des Voges, Paris) secrétaire du Congrès, prix d'inscription. Adopté.

Monsieur le Secrétaire profite de cette occasion pour annoncer qu'il s'est engagé à faire un travail pour ce Congrès, en collaboration avec Maître A. Renaud, avocat éminent de Joliette, sur la "Pratique illégale de la médecine dans la Province de Québec."

Il serait à désirer que nos médecins prissent part autant que possible à ces Congrès internationaux, afin de faire connaître notre pays, notre profession à l'étranger. Je vous ferai remarquer en passant qu'au Congrès sur la tuberculose tenu à Paris tout récemment, je n'ai vu qu'un seul Canadien-Français. L'importance du sujet soumis à l'étude de tous les peuples, à cause de ses aspects scientifiques, médicaux et sociaux, aurait

Il ce me semble, attirer l'attention d'un plus grand nombre de médecins canadiens.

Proposé par M. le Dr. Desrosjers; secondé par M. le Dr. Lippé :—Que Messieurs les Drs. Eugène Landry, de St-Barthélemy; J. A. Magnan, de Ste-Elizabeth; Jos. Poirier, de St-Cuthbert; et J. A. Ribardi, de St-Ambroise de Kildare, soient admis membres de notre Association. Adopté.

Monsieur le Secrétaire Laurendeau donne lecture d'un travail sur "la pubiotomie et l'emploi de la scopolamine en obstétrique."

Un vote de remerciements est adopté en faveur du secrétaire pour ses travaux, puis il est proposé par M. le Dr. Lippé, secondé par M. le Dr. Magnan :—Que les membres de l'Association Médico-Chirurgicale du district de Joliette, expriment à Mgr Archambault, Evêque de notre district, leurs sympathies, au sujet de la perte sensible qu'il a faite dans la personne de sa mère vénérée. Et que l'expression de ces sentiments soit transmise à Sa Grandeur. Adopté.

Rapport du secrétaire-trésorier :

Recettes totales depuis le commencement de l'année...	\$159.67
Dépenses " " " " " " " " " " " "	24.85
	<hr/>
Balance	134.82

Et l'Assemblée est ajournée au second lundi, 12 mars 1906, à Joliette, à une heure P. M. à l'Hôtel Commercial.

ALBERT LAURENDEAU

Sec-Trés.



TROISIEME CONGRES  
DE  
L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE  
DE L'AMÉRIQUE DU NORD.

---

CONGRÈS DES TROIS-RIVIÈRES.

---

CHARLES N. DEBLOIS, Secrétaire Général, 23, avenue Lavolette.

---

Trois-Rivières, le 14 novembre, 1905.

Nous avons l'honneur de rappeler à la profession médicale que le Troisième Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord aura lieu aux Trois-Rivières dans la dernière semaine de juin 1906.

Quoique nous n'ignorons pas les difficultés d'organisation d'une telle œuvre et les grands sacrifices qu'elle impose, nous n'avons pas hésité à accepter la lourde tâche qui nous a été assignée par le Congrès de Montréal en 1904; car nous considérons le choix de notre cité comme un hommage rendu à la ville si française des Trois-Rivières.

Nous continuerons donc à employer tous nos efforts et toute notre bonne volonté pour que le congrès des Trois-Rivières soit mené à bonne fin et digne des brillants Congrès de Québec et de Montréal qui l'ont précédé.

Nous osons espérer que tous les médecins de langue française de l'Amérique du Nord, tant du Canada que de la grande République voisine, sauront répondre à notre appel et nous accorder leur plus fervente adhésion. Nous sollicitons non-

seulement l'appui moral des confrères, mais un concours encore plus efficace, en invitant chacun à s'enrôler d'avance comme membre de l'Association et à fournir sa part de travaux scientifiques pour le Troisième Congrès de médecine qui s'ouvrira aux Trois-Rivières, en juin 1906.

Le Président Général :

LOUIS PHILIPPÉ NORMAND

Le Secrétaire Général :

CHARLES DEBLOIS

---

## CONGRÈS DES TROIS-RIVIÈRES

---

Nous regrettons de n'avoir pu publier, dans la dernière livraison du BULLETIN cette circulaire de convocation du troisième congrès de notre Association des Médecins de langue française à l'organisation duquel se dévouent nos zélés et sympathiques confrères des Trois-Rivières. Nous n'en ferons qu'un appel plus pressant et plus chaleureux aux médecins de notre district en faveur de la coopération active et des adhésions ferventes qu'ils doivent apporter à cette œuvre qui les touche à plus d'un point de vue. Tous aimeront à se rappeler de quel succès ont été couronnés les deux congrès de Québec et de Montréal qui ont été comme les deux grandes assises de notre Association.

Ils ne doivent pas oublier, cependant que ces deux congrès ont été organisés sous des auspices particulièrement favorables. Le congrès de Québec a bénéficié en effet de l'attrait qui s'attache à la mise en œuvre d'une organisation nouvelle et que venait augmenter la coïncidence des fêtes du cinquantenaire de notre

Université-Laval auxquelles le congrès a été associé : tels ont été les deux principaux stimulants qui ont excité le zèle et l'ambition des médecins canadiens-français. Le congrès de Montréal a bénéficié des avantages qu'offrait ce centre si vaste où les médecins font le nombre et où l'organisation professionnelle et le zèle des travailleurs étaient les plus propres à assurer le succès d'une telle œuvre.

Il faut bien se rendre compte que nos dévoués confrères des Trois-Rivières n'auront pas tout à fait les mêmes avantages : il importe donc en justice, que tous les membres de la profession rivalisent de zèle et de générosité pour compenser ces avantages par un nombre encore plus considérable des adhésions et par des travaux scientifiques qui ne céderont en rien à ceux des congrès précédents.

A ce point de vue nos distingués confrères auxquels incombe une tâche réellement épineuse auront le droit de compter sur la coopération des sociétés médicales de districts qui sont aujourd'hui plus nombreuses et plus solidement organisées et qui ont tant intérêt à ne pas trop se laisser distraire de leur but fondamental qui est la culture scientifique et en d'autres termes le relèvement du niveau de l'éducation professionnelle. Les travaux et les communications scientifiques auxquels elles pourront prendre une part active serviront sans doute à stimuler leur zèle à les détourner un instant de l'étude des questions de tarif et de la poursuite des charlatans, comme on a paru vouloir leur suggérer à la dernière réunion du Bureau de Médecine en refusant de voter un octroi à ces sociétés pour la souscription de journaux et de revues de médecine qui sont les moyens les plus pratiques et les plus utiles d'aider le praticien dans le travail scientifique et les études d'observation clinique.

• Nul doute que toutes ces sociétés et la profession médical-

en général, uniront leurs efforts dans un même but, afin que ce troisième congrès, qui se tiendra dans la ville si française des Trois-Rivières, soit une affirmation solennelle de la vitalité de notre Association et qu'il ne cède en rien aux deux premiers tant par l'assistance des médecins que par le nombre et l'actualité des travaux.

Nous pouvons informer nos lecteurs, d'ores et déjà, que les principaux rapports soumis à la discussion des membres du congrès se rattacheront à des questions les plus d'actualité en médecine et qui comportent la solution des problèmes les plus importants dans notre économie sociale ; l'organisation de la défense et la lutte contre l'alcoolisme et la tuberculose, deux des plus grands fléaux des sociétés modernes, l'étude des causes de la dégénérescence mentale et de l'augmentation du nombre des aliénés dans notre province.

Il n'est pas un praticien qui, sur ces questions d'actualité ne puisse apporter quelques observations dérivant de sa propre expérience personnelle et son concours de lumière pour la solution des graves problèmes qui en découlent et qui intéressent non-seulement le progrès humanitaire mais l'avenir national de notre jeune pays. Tous se feront un devoir rigoureux, nous n'en doutons pas, de répondre à l'appel qui leur est fait par les organisateurs du nouveau Congrès et nul ne doit retarder de se mettre à l'œuvre.

Il importe, d'ailleurs de rappeler aux lecteurs que ce congrès servira à préparer le prochain congrès que l'on proposera de tenir parmi nos confrères de la Grande République voisine : c'est là une raison de plus pour faire en sorte que ce congrès se distingue par l'enthousiasme et par le nombre des adhérents.

Les médecins de la Province de Québec auxquels revient une si grande part dans l'organisation de notre Association

internationale des médecins de langue française n'oublieront pas qu'à part son but fondamental qui est avant tout scientifique, cette société, par les manifestations sociales auxquelles ces congrès sont nécessairement associés, est destinée à consolider l'unité de la profession médicale franco-américaine et à affirmer la vitalité de notre nationalité canadienne-française en Amérique : noblesse oblige.

PAR RÉDACTION.

---

TROISIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL D'ELECTROBIOLOGIE ET DE RADIOLOGIE MÉDICAL.

---

Ce congrès qui, pour des raisons particulières, n'a pu avoir lieu à Amsterdam en 1905, se tiendra à Milan (Italie) du 5 au 9 Sept. 1906. Un avis ultérieur en fixera les conditions.



LE SANMETTO DANS LES AFFECTIONS GÉNITO-URINAIRES.

J'ai eu les meilleurs résultats de l'emploi du SANMETTO dans les affections génito-urinaires.

Cannelton, Ind.

DR C. T. HENDERSHOT,

Diplômé en 1897.