

DECEMBRE 1901

SOMMAIRE

MÉMOIRES.

- 719 — Ostéopathie systématisée..... *Mercier et Bernier*
730 — Cancer intestino-péritonéal *St-Jacques et Maricn*
737 — Les sinusites ou suppurations des cavités de la
face..... *Boulet*
-

REVUE GÉNÉRALE.

- 748 — Traitement des bronchites chroniques.. *Hervieu*
-

ACTUALITÉS MÉDICALES.

- 753 — Congrès périodique de gynécologie, d'obstétrique
et de pédiatrie. *Dubé*
-

SOCIÉTÉS.

- 765 — Société Médicale de Montréal. Séances du 26 no-
vembre et du 10 décembre..... *Décarie*
-

ANALYSES.

CHIRURGIE.

769—Deux cas de mort immédiate par rachicocœlisation, *Marien*

THÉRAPEUTIQUE.

770 — Nouvelle contribution à l'étude clinique de l'érysipèle..... *Hervieux*

BIBLIOGRAPHIE.

772 — Guide de l'examen gynécologique. — Conférence pour l'internat des hôpitaux de Paris. — Cliniques médicales iconographiques.

TABLE DES MATIÈRES.

MEMOIRES

OSTÉOPATHIE SYSTÉMATISÉE (1)

Ostéopathie hypertrophiante dite d'origine pneumique chez
un enfant de 11 ans

PAR MESSIEURS

ALPHONSE F. MERCIER,
Docteur en médecine de l'Université de Paris,
Médecin de l'Hôpital Notre-Dame,

ET

ARTHUR BERNIER,
Professeur agrégé à l'Université Laval
Médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

Nous devons à l'obligeance de M. le professeur Avila Demers de pouvoir vous présenter un cas d'ostéopathie systémasisée. Avant de vous faire voir notre petit malade, nous allons vous lire, en la résumant, son histoire clinique.

A. ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX.—Le père est vivant, bien portant, robuste, et n'a jamais été malade. Autrefois cultivateur, il est maintenant journalier et habite la ville depuis cinq ans avec sa famille.

La mère, jusqu'au printemps de 1901, avait toujours elle aussi joui d'une excellente santé. Mariée depuis quinze ans, elle était de nouveau enceinte pour la 14^e fois, quand au mois de mai de cette année elle contracte la fièvre typhoïde. Transportée à l'hôpital elle accouche prématurément de deux jumeaux, quelques jours après son entrée dans le service et meurt d'hémorragie pendant la délivrance.

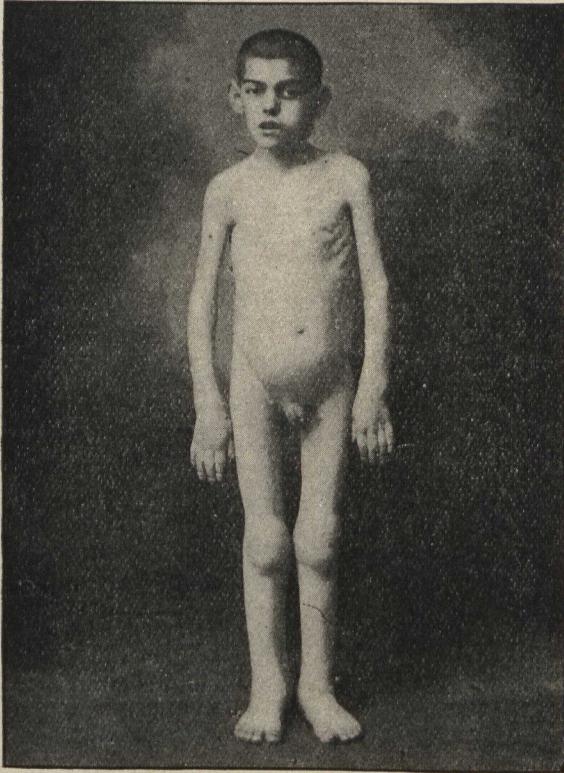
Jamais d'autre accouchement avant terme.

Des 15 enfants, 5 sont morts en bas âge, 1 a été victime d'un accident, 2 sont venus au monde avant terme à trois mois, les 7 autres sont vivants, bien portants et n'offrent rien de particulier à noter si ce n'est celui qui fait le sujet de la présente observation.

B. ANTÉCÉDENTS PERSONNELS.—Notre petit malade est âgé de 11 ans. A son arrivée à la ville, il y a cinq ans, contracte la rougeole, mais la maladie est bénigne et guérit complètement sans laisser de trace. En 1899 il tombe, tête première, d'une hauteur de deux mètres sur un pavage en pierre et reste à la suite une heure sans connaissance. Application de glace sur la tête. Revenu à lui se plaint de douleurs de tête pendant quelques jours, se rétablit complètement et retrouve bientôt sa bonne santé habituelle. La rougeole et cet accident constituent en somme tout son passé pathologique. "C'était, nous dit le père, un gros garçon, plein de santé, très vigoureux pour son âge, alerte et intelligent. Avec ça, doué d'un appétit peu ordinaire, le portant de préférence vers la viande, la charcuterie. Dans la famille on le surnommait en plaisantant le gros mangeur."

(1) Communication lue à la Société Médicale de Montréal, séance du 26 novembre 1901.

C. MALADIE ACTUELLE.—La maladie actuelle semble avoir débuté au printemps de 1901. Fin avril ou commencement de mai, l'enfant qui jouait sur les bords du canal, tombe dans l'eau glacée de la rivière. Il parvient, non sans peine, à se tirer de là et rentre chez lui, où sa mère le change d'habits, lui fait un grog, cherche enfin à le réchauffer. Les jours suivant l'enfant continue à aller et venir, à s'amuser avec ses petits camarades, mais sans mettre au jeu le même entrain qu'autrefois. Souvent même il quitte ses compagnons pour venir



à la maison se plaindre de malaises vagues, de douleurs sourdes dans tous les membres. Il se fatigue rapidement, et son bel appétit d'antan devient capricieux, difficile. Jamais on n'a pris la température.

A la fin de mai, apparaît sur le cou, du côté gauche, derrière l'angle de la mâchoire, une petite tumeur, peu douloureuse, grosse comme une noisette, roulant sous le doigt et apparemment constituée par un ganglion hypertrophié? Au commencement de juin, l'état du malade s'aggrave et M. le Dr Trudeau, appelé pour la mère, est prié de regarder

l'enfant. La fièvre, les douleurs articulaires font croire à un rhumatisme infectieux. En même temps on découvre à l'intérieur de la bouche une autre tumeur, siégeant sur le palais, près du pilier, à gauche. Cette seconde bosse est molle, fluctuante, un peu douloureuse et gêne l'alimentation. Sur le conseil d'un spécialiste, on l'incise et on en retire quelques gouttes de liquide clair.

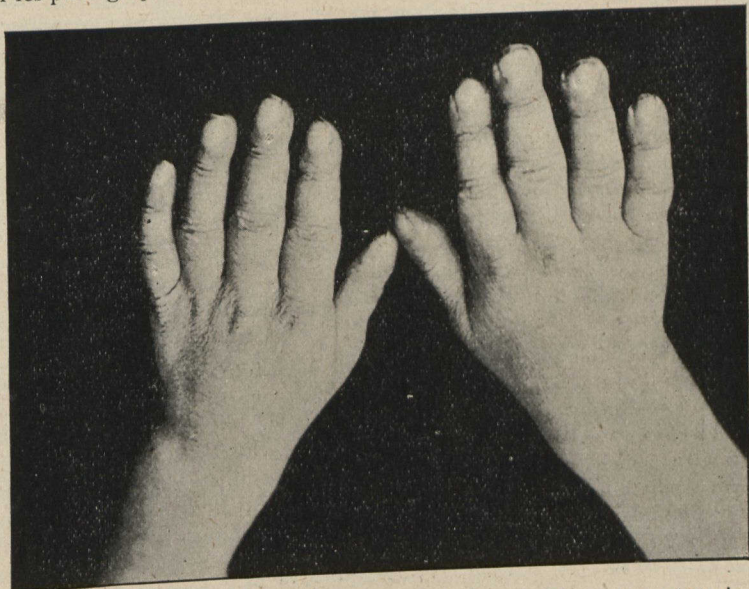
La maladie progresse de plus en plus, et l'enfant en arrive à ne plus sortir de la maison, mangeant à peine, tantôt incommodé par sa fièvre, tantôt agité de petits frissons. Lui naguère si éveillé, si alerte, il est devenu apathique, insouciant, passant volontiers la journée au lit, dans une demi-somnolence. Vers la fin de juin il remarque pour la première fois l'enflure de ses mains et des pieds, constate que sa glande cervicale augmente de volume, et à la mort de sa mère, demande de lui-même d'être envoyé à l'asile de Montfort.

Il y passe deux mois, toujours aussi malade, toujours secoué par la fièvre. L'amaigrissement fait des progrès rapides, le malade perdant 15 kilog. en soixante jours ; le gonflement des extrémités s'accroît beaucoup, enfin il s'opère chez le patient un tel changement que le Dr Trudeau, en le voyant dans le service, a peine à le reconnaître.

D. EXAMEN DU MALADE. — Le patient entre à l'hôpital le 14 octobre 1901. Il est assez grand pour son âge, mais très amaigri. L'émaciation porte surtout sur le thorax, les cuisses, les bras, et l'on sent nettement à la palpation que l'humérus, le fémur, les côtes ne sont plus guère recouverts que par la peau ; encore celle-ci est-elle amincie, sèche, rugueuse, finement squameuse.

Mais ce qui frappe plus particulièrement l'observateur, c'est le volume exagéré des mains, des pieds, des avant-bras et ses jambes. Il y a là, hypertrophie manifeste, sans rapport avec l'âge du sujet, et d'autant plus évidente que l'atrophie des bras et des cuisses semble vouloir encore exagérer la disproportionnalité des divers segments de membres les uns vis-à-vis des autres.

Les mains, surtout, sont absolument remarquables, et l'on s'en rendra compte par les photographies. Elles sont épaisses, courtes, aussi larges que longues



sans atrophie des éminences thénar et hypothénar ; c'est la main en battoir de l'acromégalique. Les doigts courts, énormes, comme rembourrés, ramassés sur eux-mêmes, sans altération de leur forme générale, ressemblent véritablement à des saucissons et nous fournissent, par la déformation en bague de tambour de la phalange, un bel exemple de doigts hippocratiques. On remarque un sillon assez profond au niveau de l'articulation de la 2^e et de la 1^o phalange. Les ongles, enfin, sont réguliers, durs, fermes, sans striation d'aucune sorte et fortement incurvés dans tous les sens, répondant ainsi aux ongles dits en verre de montre. Les téguments au niveau de la phalange sont rouges congestionnés, épaissis.

L'hypertrophie, moins évidente à la région du carpe, se retrouve à l'avant-bras, où elle affecte surtout l'extrémité inférieure de ces deux os. Le poignet, plus particulièrement, est énorme, presque aussi large que la main, et aussi gros, en tous cas, que celui de plusieurs étudiants du service. Les bras semblent atrophiés.

Aux pieds et aux jambes, les déformations sont calquées sur celles du membre supérieur. Le pied est épais, large et plat par affaissement de la voûte plantaire; les orteils en battant de cloche sont gros, courts et les ongles durs, incurvés dans tous les sens et ne présentent pas trace de striation. Les malléoles comme les poignets sont très augmentées de volume et les os de la jambe, surtout le tibia, nous paraissent relativement, beaucoup plus hypertrophiés que ceux de l'avant-bras.

Les genoux sont gros, globuleux, mais ici, l'accroissement de volume est le fait d'une hydarthrose assez abondante. L'articulation à part ça est saine, et la rotule est normale.

Ajoutons qu'à part les membres, les clavicules, les omoplates, le long du bord spinal, et le maxillaire inférieur, du côté gauche, présentent également des traces d'hypertrophie, et qu'il est facile de voir par la palpation et la radioscopie qu'il faut attribuer à l'accroissement du squelette la plus grande part de ces déformations. Nous donnons plus loin, avec les clichés radiographiques, un tableau comparatif des mensurations prises chez notre patient et sur un autre enfant de service, âgé de 11 ans, bien portant et bien constitué.

Malgré ces malformations, les membres ont conservé tous leurs mouvements. La marche est possible, mais lente, le malade traînant les pieds et se fatiguant rapidement. Debout il tient la tête tournée à gauche, et inclinée sur l'épaule gauche, laquelle est d'ailleurs plus haute que l'autre. On dirait un individu atteint de torticolis. Au lit, le malade se couche de préférence sur le côté droit, et pour se mettre sur son séant, commence toujours par se tourner de ce côté, a tumeur cervicale lui interdisant toute autre manière de se lever sans douleur.

Le faciès spécial de notre malade a donné à quelques-uns de nos collègues l'impression d'une dégénérescence mentale. Nous avouons ne pouvoir accepter cette manière de voir. Sans doute, notre sujet a le front bas, la bouche continuellement ouverte, les oreilles grandes, épaisses, détachées, un certain degré d'asymétrie faciale, mais jamais, depuis son entrée, il n'a manifesté de signe évident d'affaiblissement de ses facultés intellectuelles. Comme tous les enfants de sa condition, il est plus au moins développé, mais enfin il sait lire et écrire, saisit immédiatement ce qu'on lui dit, se prête de bonne grâce à ce qu'on exige de lui, sait parfaitement ce qu'il veut, et s'exprime de façon très satisfaisante, sinon avec facilité. Tous ces pseudo-stigmates de dégénérescence cérébrale se peuvent d'autre part, très bien expliquer par l'existence de sa tumeur buccale, des végétations adénoïdes et par l'épaississement de la branche horizontale du maxillaire inférieur. La rougeur, le gonflement, la forme de l'oreille ne sauraient davantage avoir aucune valeur au point de vue qui nous occupe, puisque ces altérations sont apparues après le début de sa maladie; elles seraient antérieures que leur signification, pour nous, resterait la même. Tant qu'au volume de sa tête, il ne cesse pas d'être normal, puisque la circonférence sus-occipito-frontale chez un enfant de 11 ans, d'après Rotch, mesure en moyenne 56 mill.

Notons, pour compléter la description de l'extrémité céphalique, que la forme de la tête est régulière, en pain de sucre, sans saillie, ni bosse anormale. Nombreuses cicatrices du cuir chevelu. Les paupières, surtout la gauche, sont rouges, pigmentées en brun foncé, épaissies, d'où léger ptosis. Presque tout le côté gauche de la figure est recouvert d'un fin duvet, soyeux, long et abondant, (alors que les aisselles, le pubis, sont vierges de tout cheveu.)

Derrière l'angle de la mâchoire, à gauche, existe une tumeur grosse comme un jaune d'œuf, douloureuse, encore mobile profondément, sans adhérences à la peau qui est normale. Cette tuméfaction, constituée par un gauglim hypertrophié, est rénitente, peut-être fluctuante, et n'a jamais été ouverte.

L'exploration de la cavité buccale, pratiquée par le Dr Duhamel, laisse voir une autre tuméfaction, aussi grosse que la précédente, siégeant à gauche, sous la voûte palatine, et refoulant la luette du côté droit. Cette tumeur est rouge, molle, douloureuse, rénitente. Elle se prolonge du côté du pharynx entre les piliers et obstrue la trompe d'Eustache et le choâne du même côté, d'où gêne de la phonation et de la déglutition. Une ponction capillaire ne retire rien. Le pharynx à sa partie supérieure est quasi comblé par un gonflement oedémateux, dépressible, saignant facilement, et donnant au doigt une sensation lardacée. Les deux nariues sont remplies de pus, la droite seule donne passage à l'air. La respiration est, du reste, entièrement buccale. L'audition est bonne des deux côtés, et le fond de l'œil ne présente aucune altération.

L'examen des principaux organes cavitaires, fait avec soin et répété plusieurs fois, donne le résultat suivant :

Le cœur est sain. Les bruits sont normaux. Pas d'hypertrophie, ni de frémissement ; pas de frottement péricardique ni de symphyse.

Pouls régulier, 130 à la minute.

Pression artérielle, 7.

Le poumon n'offre rien de particulier. Le murmure respiratoire, les vibrations thoraciques sont normales. Sonorité peut-être un peu moindre à droite. *Se rappeler que le malade n'a jamais souffert d'affection pulmonaire.*

Rien au foie.

La rate n'est pas perceptible, ni à la palpation, ni à la percussion.

L'abdomen est souple, peu douloureux. Aucun signe pouvant indiquer l'existence d'une tumeur rénale ou autre.

L'estomac n'est pas dilaté, ne clapote pas. L'appétit est médiocre, les digestions satisfaisantes. Selles plutôt fréquentes.

Les reins fonctionnent régulièrement.

Les reflexes rotuliens, achilléen, plantaire, crémastérien sont normaux.

La sensibilité au contact, à la piqûre, à la température n'est pas modifiée. Le sens stéréognostique est intact.

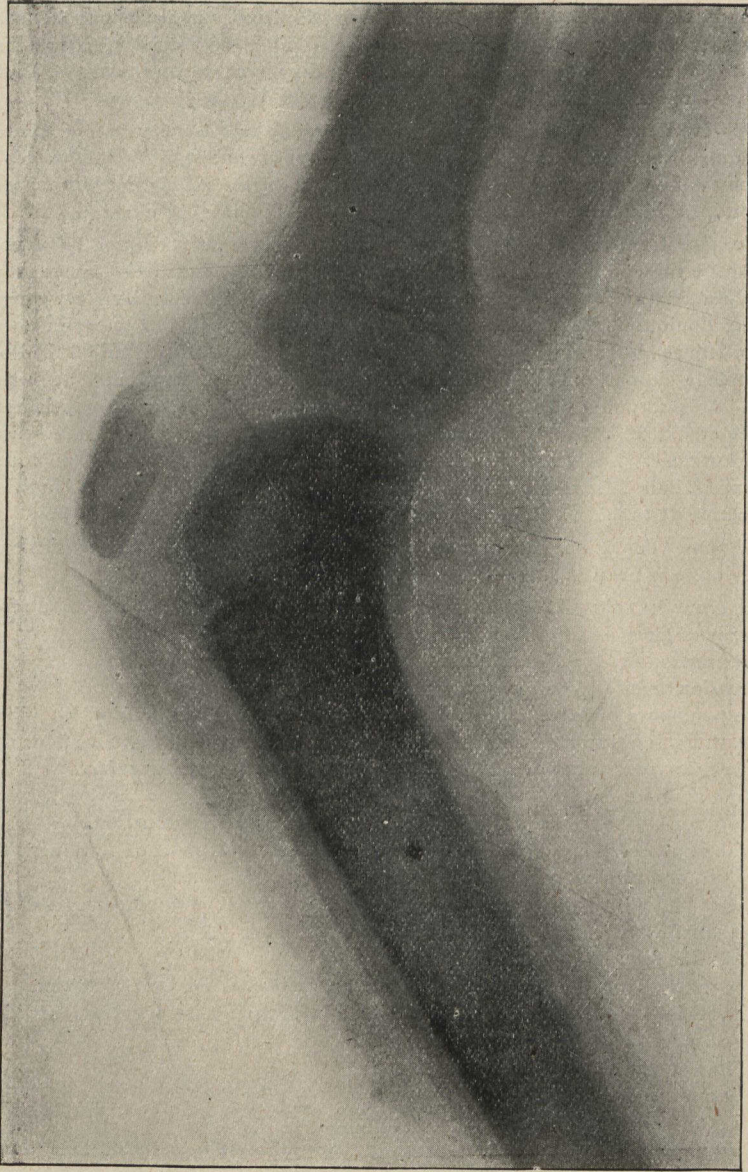
L'état mental est satisfaisant.

Les organes génitaux sont normaux.

La glande thyroïde ne paraît pas atrophiée.

Enfin le cou, les aines, les aisselles sont parsemées de petits ganglions durs, indolents, mobiles, indépendants les uns des autres et roulant sous le doigt.

ANALYSE D'URINE.—L'analyse des urines a porté sur trois échantillons et donne en résumé le résultat suivant :



Quantité plu'ôt diminuée, environ 700 'grs. dans les 24 heures. Peut-être l'abondance de ses diarrhées explique-t-elle ce phénomène.

Couleur jaune ambrée, aspect un peu trouble (avant filtration).

Dépôt blanchâtre assez abondant au repos.

Réaction faiblement acide. Densité, 10.20 environ.

Fas d'albumine, ni sucre, ni pigments biliaires.

Urée, 10 gr. au litre.

Pas de cylindres, ni épithéliums.

Le dépôt est en grande partie formé de cristaux, de carbonate de chaux, et le dosage de la chaux donne 364 milligr. au litre, ce qui représente le chiffre normal chez l'adulte.

EXAMEN DU SANG.

Deux examens de sang, provenant de la pulpe du doigt, ont donné, en moyenne :

Hématies ..	5288000
Hémoglobine.....	55/100
Leucocytes.....	32000

Deux examens de sang pris sur le bras, ont donné, en moyenne :

Hém.....	4216000
Hémog.....	55/000
Leucoc.....	31620

L'état congestif, la stase sanguine, observée au niveau de l'extrémité lig'itale de notre malade, nous fournit l'explication de l'hyperglobulie que nous trouvons dans nos premiers examens. L'anémie est notable, et la leucocytose se caractérise surtout par la prédominance des polymucléaires. Voici du reste le pourcentage des diverses variétés de leucocytes :

	Moronucl.	Eosinoph.	Polynucléaires.
Télesph. V.....	4.89 p. c.	6.7 p. c.	88.4 p. c.
Normalc (1).....	38.	1.5 à 2.	65.

(1) Joly, cours du collège de France.

MENSURATION.

TÉLESPHORE V., 11 ans.

<i>Membre supérieur :</i>	<i>Gauche.</i>	<i>Droit.</i>	<i>Gauche.</i>
	Enfant de 11 ans malade.		Enfant de 11 ans bien portant.
Médius, circonférence, 2e phalange.....	0.060	0.065	0.055
Main, circonférence (gant) .. .	0.165	0.170	0.170
Poignet, circonférence.....	0.160	0.160	0.140
Avant-bras, circonférence, milieu de l'.....	0.155	0.155	0.175
Coude, circonférence.....	0.180	0.185	0.190
Humérus, circonférence, au-dessus du coude..	0.140	0.140	0.170
Main, longueur.....	0.140	0.140	0.160
Main, largeur.....	0.750	0.750	0.750
Cubitus, longueur.....	0.200	0.200	0.200
Humérus, longueur.....	0.265	0.265

<i>Membre inférieur :</i>	<i>Droit</i>	<i>Gauche.</i>	<i>Gauche.</i>
Articulation metatarso phalangienne.....	0.210	0.225	0.190
Cou de pied.....	0.230	0.230	0.205
Au niveau des malléoles.....	0.255	0.240	0.220
Tibia, au-dessus des malléoles.....	0.205	0.205	0.165
Tibia, mollet.....	0.245	0.255	0.250
Genou.....	0.310	0.300	0.285
Femur, au-dessus du genou.....	0.245	0.240	0.255
—			
Pied, longueur.....	0.210	0.205	0.220
Pied, largeur.....	0.085	0.085	0.080
Tibia, longueur.....	0.290	0.290	0.300
Tête, circonférence, sus-occip. frontale.....	0.520	0.490
Thorax, circonférence.....	0.630
Taille.....	1.350	1.400
—			
Poids.....	30 kilog.	45 kilog.
	Enfant témoin, 11 ans.		Bien bâti.

Diagnostic. — A ne considérer que l'hypertrophie des membres de notre malade, hypertrophie qui, dans l'espèce, représente le symptôme capital de l'observation, la première idée qui vient à l'esprit est celle d'une ostéopathie systématisée. Mais avant de voir ce qu'il faut penser de cet *a priori*, il convient d'éliminer un certain nombre d'hypothèses, peu de nature cependant à embarrasser le diagnostic.

Le rachitisme, bien qu'il se rencontre surtout dans la première enfance et qu'il finisse d'ordinaire par guérir sans laisser de trace, peut dans ses formes graves entraîner certaines déformations osseuses incurables définitives. Parmi ces conséquences lointaines du rachitisme, on peut citer le rétrécissement du bassin, si souvent cause de dystocie au moment du travail de l'accouchement. Le nanisme dans la majorité des cas, est aussi fonction du rachitisme grave. Peut-on chez notre malade croire à des manifestations de rachitisme? En aucun façon. Le début de l'affection d'abord remonte nettement au printemps de cette année. C'est à ce moment que les mains, les pieds se sont mis à se développer, et là-dessus le malade, son père sont très affirmatifs. Au besoin, nous pourrions invoquer le témoignage, aussi, bien positif, de M. le docteur Trudeau. En second lieu les déformations de notre patient ne

ressemblent aucunement à celle des enfants rachitiques. D'une manière schématique, le rachitisme se caractérise surtout par la nouure épiphysaire, l'arrêt de croissance et l'incurvation des diaphyses. C'est en somme et avant tout une déformation du squelette, reconnaissable au volume exagéré des têtes osseuses, (bracelet rachitique, chapelet costal...), à l'exagération de la courbure physiologique des os longs (genu-valgum, tibia en lame de sabre, parenthèse de Pinard...), enfin, au raccourcissement des membres, conséquence naturelle des nouures et incurvations. Rien de pareil chez notre malade. Sans doute, les jointures sont augmentés de volume, mais le processus hypertrophique porte également sur la diaphyse du segment de membre correspondant. Le corps de l'os a subi un accroissement de volume proportionné à celui de l'extrémité osseuse, l'hypertrophie en un mot est uniformément répartie à tout l'organe, si bien qu'en définitive, à ne regarder v.g. que l'avant-bras, on est moins frappé par la déformation que par le gigantisme du membre. Ajoutons qu'à part l'hypertrophie, les membres supérieurs et inférieurs de notre petit malade n'ont subi ni raccourcissement, ni déviation appréciables. La forme du thorax seule pourrait faire croire à l'existence du rachitisme dans le bas âge, si l'on en juge par la saillie du sternum, et l'enfoncement léger des côtes, à leur partie moyenne. Mais cette déformation est peu marquée, reste à l'état de manifestation isolée et ne saurait suffire à elle seule à établir l'influence du rachitisme dans la génèse de la maladie actuelle.

L'ostéite hypertrophiante est souvent le résultat de la syphilis héréditaire et l'on pourrait se demander si telle n'est pas l'origine des lésions osseuses de notre sujet. Nous ne le croyons pas: 1° parce que l'histoire des antécédents familiaux, tant du côté du père que de la mère, est absolument négative à cet égard:

2° Parce que l'enfant n'offre aucun stigmaté de syphilis héréditaire: (hydrocéphalie, kératite, triade d'Hutchinson, infantilisme...);

3° Parce que l'hyp rostose de nature syphilitique, objective-

ment est toute autre que ce que nous voyons ici. Dans le tibia de Lannelongue, v.g. la lésion est localisée à la diaphyse, encore celle-ci n'est pas atteinte dans toutes ses parties, le processus pathologique se cantonnant vers la partie moyenne et sur la face interne : les épiphyses d'autre part sont toujours indemnes. Or le tibia de notre malade est bien différent, l'hypertrophie est généralisée et le membre dans son ensemble a conservé sa forme, son contour physiologiques, ce qui suffit à éliminer la syphilis.

On ne saurait pas davantage admettre la possibilité d'une affection myxœdémateuse. Cette maladie s'accompagne, il est vrai, d'une augmentation de volume des extrémités, mais il est facile de constater que le squelette n'a rien à voir dans ces modifications de forme, uniquement dues à l'infiltration mucoïde des téguments. De plus, notre malade n'a pas la figure bouffie, en pleine lune, des myxœdémateux, ni surtout les troubles intellectuels qui caractérisent ces derniers.

Pour songer au gigantisme, il faudrait que l'hypertrophie fut généralisée à tout le corps. Or ce n'est pas le cas de notre malade.

On arrive ainsi à limiter la question aux ostéopathies systématisées. Or, parmi celles-ci, il en est une qu'on peut immédiatement mettre de côté, c'est l'ostéite déformante de Paget, laquelle n'apparaît jamais avant l'âge de cinquante ans.

Le diagnostic se pose donc en définitive entre l'acromégalie et l'ostéopathie hypertrophiante pneumique.

L'acromégalie a été décrite pour la première fois en 1885, par M. le docteur P. Marie, agrégé de la Faculté de Paris. D'après cet auteur, la maladie, qui débute vers l'âge de 20 à 26, se caractérise surtout par des déformations portant sur les mains, les pieds, la face et la cage thoracique. Ce sont en général les mains qui se prennent d'abord. Leur volume peut devenir considérable, l'hypertrophie atteignant les parties molles, comme le squelette. Elles conservent cependant leur forme générale et ressemblent en résumé à celles de notre malade, si ce n'est qu'elles sont d'ordinaire allongées aussi bien qu'élargies et ornées d'ongles courts, cassants, rayés de stries profondes.

Caractère important et qui manque dans notre cas, la maladie respecte les avant-bras. Même déformations aux pieds et même intégrité des os de la jambe.

La face se prend ensuite et revêt un masque caractéristique. La forme du nez camard, recourbé à sa pointe; la chute de la lèvre inférieure épaissie, lippue; le prognatisme du menton; la saillie des arcades orbitaires en sont les principaux traits. Le crâne n'est pas touché.

La projection en avant du sternum et la cyphose cervico-dorsale (qui ne manquerait jamais) achèvent enfin le portrait de cette étrange affection. On signale, parmi les signes subjectifs, les plus importants la céphalalgie du début, l'aménorrhée, les troubles de la vue, certains dérangements des sens spéciaux...

L'intelligence est conservée, au début du moins.

La description précédente, pour nous, tranche la question, et nous conduit forcément au diagnostic d'ostéopathie hypertrophiante d'origine pneumique, qui nous paraît le seul admissible.

C'est encore à M. le docteur P. Marie que nous sommes redevables de la connaissance de cette dernière affection, qu'il a été le premier à décrire en 1890. Cette maladie consiste comme l'acromégalie, en une déformation hypertrophique des mains et des pieds et présente cette particularité d'être en rapport presque constant avec une lésion pleuro-pulmonaire.

La nosographie (1) de cette affection, au point de vue du mode de début, des parties atteintes et de l'apparence des lésions, correspondant identiquement à ce que nous a appris l'histoire clinique de notre malade, nous ne reviendrons pas sur la symptomatologie. Nous dirons seulement, ce qu'on a dû remarquer, qu'il n'y a chez notre patient aucun signe d'altération de l'appareil pleuro-pulmonaire. Son ostéopathie n'est donc pas d'origine pneumique; mais alors quelle en peut être la pathogénie, et comment expliquer l'apparition des déformations osseuses que nous voyons ici?

Sur ce point d'étiologie, nous sommes forcés d'avouer que

(1) Bourges — *Manuel de Médecine*, Debove et Achard.

notre ignorance est complète, à moins de faire intervenir, étant donné ses tumeurs buccale et cervicale, et son catarrhe nasopharyngien, l'influence des produits microbiens élaborés à ce niveau.

Il nous reste, pour terminer, à nous demander ce que va devenir notre petit malade. Chez l'enfant, en général, si la maladie marche vite, elle peut aussi s'amender beaucoup et guérir tout à fait. De ce côté, le pronostic est donc plutôt favorable, mais il s'aggrave du fait que le traitement, faute de donnée étiologique certain, ne peut être ici que symptomatique. Si notre hypothèse est exacte, l'intervention chirurgicale aura peut-être chance d'améliorer la situation. Quoiqu'il en soit, l'état du malade n'a guère changé depuis son entrée, il y a sept semaines. L'appétit est meilleur, la température reste normale, mais le poids est stationnaire. Du côté du cou, la tumeur a grossi, est devenue très douloureuse à la pression; le gonflement du palais a également augmenté de volume, enfin la tuméfaction du maxillaire est plus grosse, plus douloureuse, indiquant de ce côté un processus encore en activité. Il y a deux jours, le malade crachait trois dents implantées à l'endroit atteint du maxillaire inférieur. La diarrhée enfin persiste et l'écoulement nasal est toujours aussi abondant.

CANCER INTESTINO-PÉRITONEAL (1)

PAR DEUX MESSIEURS

A. MARIEN,
Agrége chirurgien de l'Hôtel-Dieu,

ET

E. SAINT-JACQUES,
Médecin de l'Hôtel-Dieu.

Le cancer intestinal, sans être une affection commune, est tout au moins d'occurrence assez fréquente; nous avons cru intéressant de vous faire rapport de deux cas venus sous notre observation et qui démontrent jusqu'à quel point le diagnostic différentiel de cancer est parfois difficile à faire avec celui de la tuberculose intestino-péritonéale.

Maintenant revoyons d'un coup d'œil rapide l'évolution symptomatologique de ces deux affections. La péritonite-tuberculeuse chronique — car il ne s'agit ici que de cette forme — est lente dans son évolution, insidieuse dans son début. Malaise abdominal, allant rarement jusqu'à la douleur vraie, troubles digestifs, tel est en général le début, bien vague à la vérité. Peu à peu, la douleur se marque et devient permanente, la digestion se fait lentement et le ballonnement du ventre est fréquent, sinon permanent. La constipation alterne avec la diarrhée. Peu ou pas de fièvre, s'il n'est pas d'autres foyers de tuberculose en évolution. L'appétit diminue, le malade maigrit en même temps qu'il pâlit et affaiblit.

Le ventre est sensible à la pression, et, avec du météorisme on ne tarde pas à trouver de l'ascite; ce liquide se déplace difficilement dans l'abdomen quand il n'est pas franchement enkysté. A la palpation on sent de l'empâtement: c'est le gâteau intestino-mésentérique ou la corde épiploïque. Je ne ferai que mentionner les abcès péritonéaux — véritables abcès froids à leur début — et le phlegmon stercoral qui en est souvent la conséquence, ou encore l'occlusion intestinale aiguë, avec leur cortège de symptômes connus.

Quant au cancer intestino-péritonéal, la marche au début est bien près d'être identique à celle de la péritonite tuberculeuse.

(1) Communication faite à la Société Médicale de Montréal, séance du 12 novembre 1901.

Un peu de douleur, des alternatives de constipation et de diarrhée, suivies par une période de constipation plus opiniâtre.

Dès que la lésion néoplasique initiale de l'intestin a envahi le revêtement séreux, elle attaque dès lors assez rapidement au loin la séreuse péritonéale: de là un travail inflammatoire, des adhérences et de l'ascite. C'est donc dire qu'avec augmentation des douleurs il y a aggravation des troubles digestifs. Si le météorisme n'est pas trop prononcé, la palpation nous révélera la masse néoplasique, irrégulière, dure et souvent fixe. L'appétit disparaît graduellement et la cachexie cancéreuse avec l'asthénie concomitante sont franchement au tableau.

Mais voyons les observations des malades.

I. OBSERVATION.—Il s'agissait, dans un premier cas, d'une Dame X., âgée de 54 ans. Elle vient consulter principalement parce que son ventre a commencé à grossir depuis six à sept mois. Souffrant depuis au-delà d'un an de douleurs dans le ventre, elle remarque ses forces diminuer graduellement, surtout dans les dernières semaines. Elle a des alternatives irrégulières de constipation et de diarrhée; jamais d'hémorragies intestinales. Les aliments ingérés ne lui causent pas toujours des douleurs.

A l'examen nous remarquons une femme pâle, mais non cachectique, amaigrée, à peau flasque avec absence de tissu graisseux. A l'inspection de l'abdomen nous notons une tuméfaction arrondie, siégeant au centre de l'abdomen, s'étalant cependant un peu plus à gauche vers l'hypochondre. La tumeur est fluctuante, mais pas nettement délimitée. Résonnance entre la tumeur et le pubis, de même que dans le flanc droit.

L'examen vaginal permet de constater un utérus plutôt petit; rien aux culs-de-sacs, on ne sent pas la tumeur au toucher vaginal.

Poumons: bronchite chronique, ramollissement au sommet droit.

Les chirurgiens ne sont pas d'accord comme diagnostic. Tumeur cancéreuse kystique de l'ovaire, pense-t-on d'un côté; épanchement séreux enkysté au cours d'une péritonite tuberculeuse, croit-on d'un autre côté.

L'incision de la paroi abdominale nous conduit directement sur le tablier épiploïque épaissi et parsemé de nombreux points blanchâtres et de petits nodules. L'épiploon ouvert par la pointe du scalpel, il est donné issue à un litre environ d'un liquide citrin et transparent. Nous sommes dans une loge cloisonnée de toutes parts.

L'examen révèle un épiploon épaissi, ratatiné, présentant de nombreuses petites granulations variant de la grosseur d'un grain de millet à celle d'une olive. Les anses intestinales sont parsemées également d'un semis de ces points blancs. Le péritoine pariétal est de même, et, l'incision cutanée agrandie, il nous est permis d'inspecter le petit bassin dont tous les organes, utérus, trompes et ovaires, culs-de-sacs, ante et retro-utérins sont pointillés de ces grains blanchâtres.

Nous ne sentons au palper intra-abdominal aucun "foyer" ou "noyau" dur, sauf que le mésentère est épaissi et induré.

Et nous concluons d'après les apparences macroscopiques à une "péritonite tuberculeuse." Mais l'examen microscopique d'un fragment enlevé allait faire découvrir notre erreur ; le microscope montre un épithéliome cylindrique nettement caractérisé, qui ne pouvait avoir son origine que de l'intestin, le péritoine n'offrant pas d'organisation épithéliale cylindrique ou glandulaire.

Quant à la marche ultérieure de ce cas elle fut lente. Les suites opératoires furent très simples et la malade se leva à la fin de la quinzaine. Le liquide péritonéal se reforma et fut évacué par ponctions 4 ou 5 fois, se reformant très rapidement les derniers temps. La malade souffrait un peu et perdait son appétit qu'elle avait conservé assez bon, affaiblit graduellement en se cachectisant. La bronchite s'améliora sans être guérie cependant, et finalement la malade mourut d'asthénie et de cachexie dans le cours du troisième mois après l'opération.

A l'autopsie les mêmes lésions à noter, mais plus avancées. Le mésentère est surtout infiltré et induré, et les anses intestinales fixées par des adhérences ne sont pas libres. La veine porte est prise au centre d'une masse néoplasique, ce qui aide à l'explication de la rapidité de formation du liquide ascitique les derniers temps.

L'étendue des lésions néoplasiques, qui avaient pris en masse les anses intestinales en même temps que fait contracter le mésentère, nous a rendu impossible la localisation initiale de ce cancer à début intestinal sûrement.

Les reins sont légèrement atrophiés avec une capsule plus forte et plus adhérente que pour le rein normal. Rien de particulier à noter ni au foie, ni à la rate, non plus qu'au cœur. Le poumon montre un tissu induré, d'organisation conjonctive au somme droit.

Telle est la marche, tels sont les symptômes de cette affection, qui certes évoluait bien identiquement à une tuberculose péritonéale. Bien plus, l'apparence macroscopique des lésions, une fois le ventre ouvert, nous trompa encore en nous laissant croire à la péritonite tuberculeuse. Ce n'est que le microscope qui nous précise la nature de la lésion.

Voici les détails d'un second cas, venant en confirmation du premier, tant par l'évolution des symptômes que par l'apparence macroscopique des lésions.

II. OBSERVATION.—Le nommé L. L., 58 ans, est souffrant du ventre depuis des mois. Jusqu'à trois mois antérieurs, à notre premier examen, les douleurs n'ont pas été très vives non plus que régulières ; ces trois derniers mois durant les douleurs ont été continues, en crises parfois. Le malade n'a jamais eu de vomissements, non plus que de méléna ; les intestins ont été et sont encore régulièrement quotidiens. Il a remarqué déjà du ballonnement du ventre, et parfois ses jambes sont devenues enflées.

Les reins paraissent bien fonctionner puisque l'examen des urines donne une densité de 1024 avec absence d'albumine, de sucre et de pigments biliaires.

Température normale. Le malade a maigri ces derniers mois, il a le teint pâle mais non cachectique. Les douleurs nécessitent la morphine le soir.

A l'examen de l'abdomen nous constatons une paroi abdominale mince, et de fait la dénutrition générale est marquée. A peu près à la région ombilicale, mais un peu à gauche, nous palpons une masse nettement dure, irrégulière et bosselée. L'examen est à peu près indolore; un peu d'ascite. Nous avons résonnance tout à l'entour de la masse. La tumeur étant située un peu bas, nous mettons à peu près sûrement l'estomac hors cause, et, nous rappelant le cas ci-dessus rapporté, nous nous arrêtons au diagnostic de cancer intestino-épiloïque, sans mettre de côté la possibilité de tuberculose intestinale intéressant fortement le mésentère.

La possibilité de péritonite tuberculeuse et conséquemment de guérison par la simple laparotomie, comme les faits cliniques l'ont maintes fois démontré; d'un autre côté la possibilité de résection intestinale si le cancer est nettement circonscrit, nous font proposer la laparotomie au malade, qui est d'ailleurs sûr d'une mort certaine à brève échéance.

A l'ouverture du ventre nous constatons un péritoine épaissi, un tablier épiloïque fort épais, rétracté et induré, puis un paquet d'anses intestinales prises ensemble et ne formant qu'une masse dure dans laquelle la mésentère entre pour une bonne part. Les intestins et le péritoine pariétal sont parsemés de points blanc-nacré, nombreux et petits qui feraient tout aussi croire à des foyers de tuberculose miliaire, si l'examen microscopique d'un fragment enlevé ne nous faisait voir l'élément cancéreux nettement caractéristique.

Telle est, messieurs, l'évolution de l'affection chez ces deux malades, dont les symptômes ne permettaient pas de préciser un diagnostic absolu et surtout dont l'aspect macroscopique des lésions tendait à faire croire à la tuberculose tandis que, en vérité, nous avons affaire à un cancer originaire de l'intestin et généralisé aux organes abdominaux.

Ce qu'il y avait d'intéressant à noter ici, au point de vue anatomo-pathologique, c'est la généralisation sur tout le péritoine, un véritable semis, pour ainsi dire de petits nodules pointant partout sur les organes abdominaux.

Anatomic-pathologique. — Et maintenant, messieurs, si nous nous demandons la fréquence relative du cancer du tube digestif, nous voyons qu'il faut distinguer suivant qu'il s'agit de l'estomac ou du petit ou du gros intestin. La fréquence de cancer à l'estomac est grande, et c'est à peine si le rectum lui cède le pas; tandis qu'il est relativement rare de voir la néoplasie épithéliale commencer au petit intestin. Nous savons que le duodénum offre un point faible à l'ampoule de Vater, mais

dans la grande majorité des cas il n'est que secondairement pris par un cancer originant à la tête de pancréas.

Tantôt le cancer se développe plutôt vers la muqueuse intestinale formant petit à petit un anneau constricteur, et bientôt ulcération d'où hémorragies et constipation alternant avec de la débacle intestinale.

Au contraire, ailleurs, il se généralise avec une rapidité étonnante vers le mésentère et le péritoine, ne causant à peu près d'autres symptômes qu'une douleur sourde s'accroissant peu à peu.

Si le cancer se développe surtout en anneau et au point de produire de la constriction avec rétention des matières fécales, nous aurons au-dessus du rétrécissement une dilatation marquée avec hypertrophie de la paroi intestinale et altération de la muqueuse. — tout comme ce qui a lieu dans l'estomac lors de cancer du pylore; — tandis que au-dessous de l'anneau constricteur il ya affaissement de l'intestin et pâleur des tissus.

Il n'y aura d'hémorragie qu'en autant que la muqueuse aura été ulcérée et un vaisseau ouvert par le processus pathologique ou brisé par les mouvements péristaltiques exagérés.

Il est un point frappant dans l'évolution du cancer intestinal moyen, c'est que la cachexie est lente à venir, très lente en comparaison du cancer de l'estomac ou du rectum.

Est-il des affections du péritoine ou de l'omentum qui peuvent donner le change pour le diagnostic différentiel d'avec le cancer de l'intestin moyen?

Le cancer " primitif " du péritoine est très rare. Il appartient à la variété des endothéliômes, disent Graupner et Zimmermann: c'est donc du sarcome.

Hartmann rattache toutes les tumeurs " primitives " du mésentère à la classe conjonctive: fibrômes, lipômes, lymphadénômes et sarcomes; rarement simples, presque toujours sarcomateux.

Mais bien plus fréquentes sont les métastases cancéreuses du péritoine: et alors généralement secondaires à un carcinôme de l'intestin. " Si les ilots néoplasiques sont gros, le diagnostic " est facile, mais si au contraire ils sont petits, miliaires, re-

“ marquent Graupner et Zimmermann, alors le diagnostic “ d’avec la tuberculose miliaire est difficile.” et c’est au microscope qu’appartient le dernier mot. Nous avons donc raison d’insister sur cette difficulté de diagnostic différentiel.

Quant à la variété histologique du cancer intestinal, il est dans la grande majorité des cas, dans la quasi généralité, de l’espèce “ épithéliôme cylindrique.” Il n’y a que pour le cancer ano-rectal ayant originé à la marge anale, où nous trouvons parfois la variété pavimenteuse. Chez la femme il est une autre variété de cancer métastatique qui n’est pas de rareté absolue: c’est l’extension à l’ouverture et au péritoine intestinal de l’épithéliôme papillaire des organes génitaux. J’ai vu un tel cas opéré par Tiriard à l’hôpital St-Jean, de Bruxelles, où les végétations papillaires d’un carcinôme ovarien — gros comme une tête de fœtus à terme — avaient envahi le revêtement péritonéal de tous les organes du petit bassin et s’étaient portées en poussées isolées mais nombreuses sur les anses du petit intestin, l’S iliaque et le colon descendant.

Même constatation faite chez une opérée de Pozzi, où les végétations métastatiques avaient envahi les organes environnants.

Telle est, messieurs, l’évolution du cancer chez ces deux malades, et les constatations que nous y avons faites: elles précisent certains points de pathologie et c’était là leur intérêt.

SINUSITES OU SUPPURATIONS DES CAVITÉS DE LA FACE (1)

PAR RODOLPHE BOULET

Oculiste, Auriste et Laryngologiste de l'Hôtel-Dieu et de l'Institut Ophthalmique.

En vous présentant ce travail, nous n'avons aucune prétention à l'originalité. C'est plutôt une analyse des principales données fournies par les auteurs (2) qui se sont le plus particulièrement occupés de cette question que nous vous offrons.

Notre but est de permettre à ceux qui sont obligés de dépenser leur activité dans le vaste champ de la médecine générale et par conséquent qui n'ont pas le loisir de s'égarer souvent dans le domaine de la spécialité, d'acquérir une vue d'ensemble sur ce sujet que nous croyons très utile à eux de connaître.

Quand on songe à la fréquence et à l'importance des suppurations des cavités de la face, on est tout étonné que l'étude de ces affections soit de date aussi récente.

Il a fallu les progrès incessants de la spécialité rhino-laryngologique pour en fixer les traits caractéristiques et faire entrer l'étude de ces suppurations dans une phase vraiment scientifique.

Depuis quelques années, un grand nombre d'auteurs ont écrit sur ce sujet. Beaucoup ont contribué à en édifier le tableau symptomatique, quelques-uns se sont attachés à un travail de recherches basé sur l'étude des caractères bactériologiques du pus contenu dans l'intérieur de ces cavités. D'où, deux façons d'envisager la description de ces maladies, l'une symptomatique, clinique, l'autre selon l'espèce bacillaire qui leur a donné naissance.

Rappelons tout d'abord que dans les os de la face sont contenues six cavités ou sinus, dont trois chaque côté et portant

(1) Communication faite à la Société Médicale de Montréal, 1901.

(2) Luc, Labet-Barbon, Paret.

le nom de l'os qui les renferme: sinus maxillaire, sinus frontal et sinus sphénoïdal.

Chacun de ces sinus communique par une ouverture avec la fosse nasale correspondante. L'ouverture du sinus maxillaire et celle du sinus frontal sont situées chacune à l'extrémité d'un infundibulum contenu dans le méat moyen. Le fait que l'ouverture du sinus maxillaire occupe l'extrémité inférieure de l'infundibulum tandis que l'ouverture du sinus frontal occupe celle supérieure nous fait voir la facilité d'infection au sinus maxillaire par le pus qui descend du sinus frontal et nous donne ainsi la raison pour laquelle nous voyons rarement une sinusite frontale exister isolement, tandis que nous rencontrons souvent la sinusite maxillaire isolée.

L'ouverture du sinus sphénoïdal est placée vers le centre de sa paroi antérieure, laquelle fait face à la fosse nasale et constitue la partie la plus profonde de la voûte nasale.

La communication du sinus maxillaire avec la fosse nasale correspondante offre cette particularité qu'elle est située à la partie supérieure de la cavité, de sorte que dans la position verticale de la tête, il faudra une réplétion complète du sinus pour que le liquide puisse se déverser au dehors.

Les sinus n'apparaissent pas tous à la même époque de la vie. Les sinus frontaux n'existent que vers l'âge de la puberté et les sinus sphénoïdaux qui commencent à se développer aussitôt après la naissance n'acquièrent leur complet développement que vers l'âge de 20 à 25 ans. Nous verrons donc la suppuration de ces cavités survenir d'ordinaire entre 15 et 40 ans. Il n'en est pas ainsi pour les sinus maxillaires qui, existant dès la naissance, peuvent être de très bonne heure affectés de suppuration. Cependant les sinusites maxillaires sont rares chez les enfants, quoique les causes de sinusites telles que végétations adénoïdes, corps étrangers, coryza, etc., soient assez fréquentes à leur âge. Il est vrai que la cause dentaire qui est une des plus ordinaires fait complètement défaut chez eux.

Nous avons eu l'occasion d'observer une sinusite maxillaire chez un enfant de six jours. Ce cas est le plus précoce qui soit connu dans la littérature médicale.

SINUSITES AIGUES.

C'est le plus souvent avec le catarrhe nasal aigu, au cours de la grippe, ou à l'occasion d'une affection dentaire qui naît et se développe la sinusite aiguë de telle sorte qu'elle reste confondue avec la maladie causale.

Elle passe souvent inaperçue et disparaît avec la maladie qui lui a donné naissance.

Dans la sinusite aiguë, maxillaire ou frontale, c'est le phénomène douleur qui domine; douleur qui peut être limitée aux régions sus-orbitaires et jugales ou bien envahir tout un côté de la face et de la tête en prenant les allures et la marche d'une névralgie du trijumeau. La céphalalgie peut être très marquée; elle siège le plus souvent au front, parfois à la nuque. On peut observer en même temps un état de dépression, d'obnubilation qui peut faire croire à une complication cérébrale. Parfois la douleur s'accompagne d'un gonflement de la joue du côté malade, tout à fait analogue à une fluxion dentaire.

Du côté des fosses nasales, les symptômes sont ceux du coriza aigu. Aucun écoulement d'abord, car les orifices naturels des sinus sont fermés par le gonflement de la muqueuse pituitaire, mais lorsque l'inflammation commence à diminuer et par suite le gonflement disparaître et les orifices devenir libres, il se produit un écoulement citrin plus ou moins abondant tout à fait indépendant du muco-pus secreté par la fosse nasale.

Dans bien des cas, la sinusite aiguë ne réclame aucun traitement particulier et guérit comme le coriza qui l'a engendrée. Dans d'autres cas la sinusite aiguë demande pour être tarie une série de lavages. Enfin si elle n'est pas soignée, ou malgré des lavages, elle peut passer à l'état chronique.

SINUSITES CHRONIQUES. — MAXILLAIRE ET FRONTALE.

Etiologic. — Les maladies dentaires de la mâchoire supérieure et surtout des petites molaires sont de beaucoup les causes les plus fréquentes des sinusites maxillaires.

Viennent ensuite, comme causes communes des sinusites maxillaires et frontales, les coryzas aigus et chroniques, les sinusites aiguës, la présence des polypes dans les fosses nasales, les affections tuberculeuses et syphilitiques.

Symptomatologie. — Signes subjectifs.

Écoulement du pus par le nez. — Le premier symptôme qui attire l'attention du malade est l'écoulement du pus par le nez. Le fait qui s'écoule du pus en abondance et surtout du pus fétide par l'une ou par les deux narines doit nous faire songer à la sinusite. C'est le symptôme majeur, celui qui ne doit jamais manquer.

L'écoulement est ordinairement unilatéral. Il peut être continu, mais le plus souvent il est intermittent et se manifeste par une sorte de vomique nasale lorsque le malade se mouche ou lorsqu'il penche la tête en avant.

Il arrive, à cause des conditions anatomiques particulières, telles que fermeture plus complète de la gouttière de l'infundibulum, que l'écoulement soit empêché de se faire en avant. Le malade alors, au lieu de moucher crache du pus, surtout dans le décubitus dorsal.

Fétidité du pus. — La fétidité du pus contenu dans les sinus constitue un symptôme important de sinusite. Mais cette fétidité est plus subjective que perçue par autrui. (Cacosmie.)

Douleur. — Chez certains malades il n'existe pas de cacosmie et c'est le symptôme-douleur qui prédomine.

Dans la sinusite maxillaire simple, la douleur est d'ordinaire modérée. Elle affecte le plus souvent le type de la névralgie dentaire. Quelquefois cette douleur siège profondément dans la région du sinus maxillaire en s'irradiant au-dessous de l'œil et vers le bord alvéolaire.

Parfois elle peut en imposer pour une névralgie du trijumeau. Mais la douleur ne reste pas toujours limitée à la région jugulaire. Dans l'empyème maxillaire elle peut envahir toute la tête et s'y cantonner sous forme de céphalalgie plus ou moins intense. Elle peut même se localiser nettement dans la région frontale du côté malade et augmenter ainsi la difficulté du diagnostic.

C'est dans la sinusite frontale que la douleur est surtout marquée.

Son siège habituel est la région sus-orbitaire au niveau du

sinus malade. L'intensité de la douleur est variable; elle peut même varier d'un moment à l'autre, et ces variations peuvent s'expliquer par les changements de pression qui se produisent à l'intérieur du sinus malade. La douleur ne se borne pas toujours à la région sus-orbitaire; elle peut envahir le front, toute la tête et se présenter sous forme de céphalalgie tenace et rebelle.

Des trois symptômes que nous venons d'étudier: écoulement du pus, œdème, douleur, c'est certainement le symptôme douleur qui manque le plus souvent dans les cas chroniques.

Examen objectif. — Si à l'aide d'un spéculum et d'un miroir frontal nous examinons la fosse nasale suspecte nous pourrions déceler la présence du pus dans le méat moyen. Ce pus est d'ordinaire jaune, épais, crémeux.

Mais le méat moyen étant un carrefour ou viennent déboucher le sinus frontal, le sinus maxillaire et les groupes antérieurs des cellules de l'esthmoïde, on comprend dès lors toute la difficulté du problème à résoudre.

Trois procédés ont été imaginés qui permettent de s'assurer de la présence du pus dans le sinus maxillaire, ce sont:

- 1° Le signe de Fränkel;
- 2° Eclairage par transparence (Heryng);
- 3° Ponction exploratrice.

À ces trois signes viennent s'ajouter deux autres qui, pour ne pas avoir la même valeur que les premiers ne sont pas indifférents:

- 4° Signe de Davidsohn;
- 5° Signe de Garel.

1° *Signe de Fränkel:*

Consiste, après avoir débarrassé le méat moyen du pus qu'il contient, à faire pencher la tête du malade en avant et en bas pendant quelques minutes, afin de permettre au pus retenu dans la cavité maxillaire de s'écouler au dehors par l'orifice naturel situé à l'extrémité supérieure de cette cavité. Si après cette manœuvre, un nouvel examen de la fosse nasale nous laisse apercevoir le méat moyen rempli de pus, nous serons

justifiables d'accuser le sinus maxillaire plutôt que le sinus frontal; car le pus, étant fourni par cette dernière cavité, aurait mis plus de temps à se renouveler.

2° *Signe de Heryng ou éclairage par transparence:*

Ce signe est basé sur la translucidité des os de la face à l'état normal, une lampe électrique spéciale de 8 à 10 volts étant placée dans la bouche après avoir fait d'obscurité complète de la pièce.

Le manque de translucidité de l'un des côtés de la face nous permettra de conclure à la présence de pus dans sa cavité sinusienne correspondante.

3° *Ponction exploratrice du sinus maxillaire:*

C'est Moritz-Schmidt qui en eut le premier l'idée. Cette ponction s'exécute à l'aide d'un trocart particulier dans le méat inférieur à quatre centimètres et demi environ de l'entrée de la narine. L'aiguille retirée, le pus pourra s'écouler au dehors par la canule laissée en place. Cette épreuve ne deviendra négative qu'après qu'un lavage antiseptique du sinus pratiqué à travers la canule aura démontré l'absence de sécrétion purulente. Si une demi-heure ou une heure après un pareil lavage qui n'aurait décelé aucune trace de pus dans la cavité maxillaire, on aperçoit du pus dans le méat moyen, on pourra conclure à la présence d'une sinusite frontale compliquée ou non d'ethmoïdite.

4° *Signe de Davidsohn; 5° Signe de Garel:*

Ces deux derniers signes sont des compléments à celui de l'éclairage par transparence de la face. En effet, celui-ci étant pratiqué dans les conditions voulues et les deux cavités maxillaires étant normales, les deux pupilles seront lumineuses. Mais une pupille est-elle lumineuse et l'autre obscure que le sinus situé du côté de la pupille obscure devient suspect. (Signe de Davidsohn.)

En faisant l'éclairage de la face par transparence, Garel de Lyon a observé que le patient ayant les deux yeux fermés ne percevra la lumière que du côté sain. (Signe de Garel.)

SINUSITE FRONTALE CHRONIQUE.

Le diagnostic de sinusite frontale chronique se fait par exclusion: Du pus existant dans le méat moyen, si l'éclairage

montre les joues et les pupilles également lumineuses, si la ponction exploratrice a démontré l'absence de pus dans le sinus maxillaire, si le signe Fränkel a été négatif, si la douleur est plutôt localisée au frontal, le sinus frontal devient forcément suspect.

Vohnsen a appliqué au sinus frontal le procédé d'éclairage par transparence. En plaçant la lampe électrique, de 8 à 10 volts, alternativement de chaque côté de l'arcade sous-orbitaire, la présence du pus dans l'un ou l'autre sinus se trahira par le manque de transparence de la région sinusienne correspondante.

La difficulté de comparaison dans la transparence des deux sinus frontaux, par l'application alternative de la lampe électrique sous chacune des arcades sous-orbitaires a engagé Lebet-Barbon à proposer l'éclairage médio-frontal. A cet effet il a fait construire une lampe électrique à manchon plat qu'il applique sur la région médio-frontal. Ce procédé a pour avantage de permettre la comparaison *instantanée* du degré de transparence des deux sinus.

Il peut arriver et il arrive en réalité que la production du pus dans la sinusite frontale n'est pas assez abondante pour que celui-ci se montre dans le méat moyen une demi-heure ou une heure après le lavage du sinus maxillaire ponctionné. Il se peut aussi que des granulations obstruent le canal fronto-nasal et mettent obstacle à l'écoulement du pus dans le méat. Lorsque l'éclairage n'a pas donné de résultat, il n'y a que la douleur qui puisse nous venir en aide comme élément de diagnostic. Mais nous savons combien ce symptôme est peu fidèle. Que faire alors pour assurer notre diagnostic? C'est la trépanation exploratrice du sinus frontal suspect qui s'impose.

SINUSITE SPHÉNOIDALE.

Comme nous l'avons dit au début, les sinus sphénoïdaux sont situés dans le corps du sphénoïde, entre les fosses nasales et l'apophyse basilaire d'une part et la base du crâne et le pharynx d'autre part. Quand on songera que ces cavités ne sont séparées du crâne que par de très minces cloisons osseuses dont la supérieure est parsemée, surtout au niveau

de la selle turcique, de nombreux pertuis vasculaires à travers lesquels la communication s'établit entre la muqueuse du sinus et la dure-mère, nous pourrions nous expliquer ces redoutables complications intra-crâniennes qui se produisent à la suite de l'empyème sphénoïdal.

Malgré une opinion courante que la sinusite sphénoïdale est fréquente, les observations de ce genre d'affections ne pullulent pas dans la littérature médicale. Pour ma part je n'ai eu l'occasion de l'observer qu'une fois, chez une femme. Ceux qui l'ont recherchée chez le cadavre affirment avoir trouvé très souvent les sinus sphénoïdaux renfermant du pus, et cependant, la plupart des auteurs la considèrent la moins fréquente des sinusites: Luc n'en a observé qu'un cas et Larmoyez trois cas. Peut-être que cette rareté n'est qu'apparente et diminuera-t-elle lorsque les médecins sauront mieux rechercher l'origine et la cause de certaines céphalalgies rebelles ou de pharyngites opiniâtres ayant résisté aux badigonnages répétés? Cela est possible. Mais pour maintenant il n'en est pas moins vrai que cette affection est rarement diagnostiquée.

Si cette dernière remarque peut s'adresser à la sinusite sphénoïdale chronique, elle peut l'être davantage à la sinusite sphénoïdale aiguë dont on ne possède encore aucune observation typique. Celle-ci doit se confondre avec l'affection des muqueuses voisines qui lui a donné naissance et nos moyens d'investigation ne nous permettent pas encore de la découvrir.

Quelle est l'étiologie de la sinusite sphénoïdale-chronique? Nous la trouverons d'abord dans la disposition anatomique spéciale de ce sinus et dans sa situation. Situation qui l'expose à l'infection du côté des fosses nasales et du pharynx.

Une fois l'infection pénétrée à l'intérieur du sinus, son installation sera particulièrement favorisée par les sinuosités contenues à l'intérieur du sinus et les dispositions élevées de son ouverture extérieure.

Ces conditions anatomiques défavorables du sinus étant reconnues comme causes prédisposantes nous reconnaitrons comme causes déterminantes: la grippe, les maladies infectieuses, les traumatismes, les corps étrangers, la syphilis, la tu-

berculose, l'ethmoïdite surtout l'affection des cellules postérieures.

Symptomatologie. — En première ligne de la symptomatologie subjective citons la céphalalgie, une céphalalgie sourde, profonde, gravative, continue, quelque fois localisée, quelque fois diffuse. Comme pour les autres sinusites la douleur peut affecter le type *névralgique soit de tout le tronc du trijumeau soit limité à une de ses branches.*

L'écoulement du pus se fait ici plus souvent par le pharynx que par le nez. Il est peu abondant et se fait par décharge soit sous forme liquide, soit sous forme de croûte que le malade crache.

On a observé aussi du vertige, des troubles psychiques, des troubles oculaires tels que larmoiement, photophobie, blépharospasme, des troubles accommodatifs, des scotômes passagers, des points noirs mobiles.

L'état général est souvent assez mauvais. Ces malades souffrent de dyspnée, de pharyngite, de trachéite, de vomissement et de diarrhée par suite de pénétration de pus dans les voies digestives et respiratoires.

Signes objectifs. — Le signe objectif principal qui serait pathognomonique de la sinusité sphénoïdale est l'écoulement du pus par l'ostium (ouverture du sinus sphénoïdal). Mais ce n'est que dans quelques cas assez restreints qu'il nous est permis de faire cette constatation, lorsque la fosse nasale, soit normalement, soit à la suite d'un état pathologique atrophique, est assez large pour mettre à découvert le sinus sphénoïdal.

C'est la rhinoscopie postérieure qui dans la majorité des cas nous donnera les indications les plus précieuses en nous faisant apercevoir le naso-pharynx où les lésions sont généralement très marquées. La rougeur et la sécheresse sont grandes. Les croûtes sont en abondance : on les voit partir du bord supérieur de la choane et s'étaler sur toutes la voûte du pharynx. Si on examine plus attentivement on peut voir l'extrémité du cornet moyen et plus haut le méat supérieur recouverts d'un pus filant qui se continue, sans solution de continuité, quelquefois, avec le pus et les croûtes du naso-pharynx.

Un tel aspect est presque pathognomonique.

La rhinoscopie antérieure pourra à son tour nous être utile dans les cas ordinaires en nous permettant de déceler la présence de pus ou de croûte dans la fente olfactive. Ce pus coule quelquefois le long du septum et laisse après recevoir, quand il a été essuyé, une muqueuse rouge, tomentueuse et hémorrhagique.

Diagnostic; moyens d'explorations. — Les symptômes subjectifs et objectifs de la sinusite sphénoïdale n'ont pas, dans la grande majorité des cas, un relief suffisant pour nous permettre d'affirmer la réalité de cette affection. Il nous reste à étudier quels sont nos moyens d'explorations qui nous permettent de mettre l'empyème sphénoïdal en complète évidence. Ces moyens sont les suivants :

- 1° Exploration avec le stylet boutonné;
- 2° Cathétérisme;
- 3° Résection du cornet moyen.

Une complète cocaïnisation ayant été préalablement obtenue, on s'arme d'un stylet boutonné assez malléable pour pouvoir à volonté en modifier la courbure terminale d'après la forme de la cloison et du cornet moyen.

Puis on dirige l'extrémité de l'instrument de bas en haut et d'avant en arrière, entre le cornet moyen et la cloison. Très rapidement on se sent arrêté par une surface résistante qui ne peut être autre que le recessus sphéno-ethmoïdal. Afin de contrôler le chemin parcouru, on se rappellera que la distance de l'orifice normal à la face antérieure du sphénoïde est de 7 à 8 centimètres environ.

En poursuivant plus loin l'examen et en dirigeant l'extrémité de la sonde un peu en dehors, vers l'ethmoïde, on arrivera, dans beaucoup de cas, à gagner l'ostium et à pénétrer dans la cavité sphénoïdale. La sensation de vide subit, le manque de résistance nous en avertira; brusquement la sonde perd pied et s'enfonce plus profondément. A ce moment le bec de l'instrument est éloigné de 7 centimètres et demi à 8 centimètres et demi environ de l'orifice nasal.

Un autre moyen de s'assurer que la sonde est bien dans l'ouverture du sinus est celui indiqué par Grünwald: en pressant

l'instrument vers le bas, on le sent arrêté par le bord inférieur de l'orifice.

La rhinoscopie postérieure nous permettra aussi souvent d'apercevoir l'extrémité du stylet fixé dans la face antérieure du sinus.

La pénétration de la sonde dans le sinus pourra nous renseigner sur l'existence de fongosités dans le sinus, aussi sur celle du pus en permettant à celui-ci de filer le long de la sonde. Ce sera un signe de très grande valeur. Malheureusement le cornet moyen nous cachant la paroi antérieure du sphénoïde, il ne sera pas toujours possible de le constater.

Pour pratiquer la cathétérisme on devra bien nettoyer préalablement les fosses nasales et agir comme avec le stylet boutonné en se servant de la sonde d'Itard à diamètre maximum de deux millimètres et à bec très légèrement recourbé.

Enfin, il faudra donc quelque fois avoir recours, si l'exploration du stylet et celle du cathétérisme ont échoué, à la résection de l'extrémité postérieure du cornet moyen. Alors le diagnostic est assuré, étant possible de voir l'ostium.

Complications. — Les complications de la sinusite sphénoïdale portant du côté des méninges et de l'encéphale sont assez fréquentes et il est certain que bien des malades ont succombé à une infection intra-crânienne dont l'origine n'a pu être reconnue, qui l'aurait été par un examen méticuleux de leurs sinus sphénoïdaux.

La méningite, plus souvent la méningite de la base, et la thrombo-phlébite du sinus caveux seraient les complications intra-crâniennes les plus fréquentes.

L'infection se fait souvent soit par voie veineuse, soit par voie lymphatique, sans altération apparente de l'enveloppe osseuse. Toutefois on peut dire que l'ostéite avec ou sans perte de substance est la règle.

Pronostic. — Il est assez difficile de se permettre d'énoncer un pronostic en face d'une sinusite sphénoïdale. Quelques malades n'en éprouvent qu'une gêne minime, tandis que la santé des autres est gravement compromise. Quoiqu'il en soit ces malades sont toujours sous la menace d'une complication sérieuse du côté intra-crânien.

(A suivre)

REVUE GENERALE

TRAITEMENT DES BRONCHITES CHRONIQUES

Par H. HERVIEUX,

Professeur de Thérapeutique et de Pharmacologie à l'Université Laval,
Médecin de l'Hotel-Dieu.

La bronchite chronique vient quelquefois à la suite d'une ou de plusieurs poussées de bronchite aiguë; plus souvent elle prend d'emblée le caractère de chronicité; elle est habituellement secondaire et survient, par exemple, chez un individu déjà atteint d'une affection organique (mal de Bright, emphysème, cardiopathie, etc.)

Chez les malades atteints de bronchite chronique, il faudra s'assurer qu'il n'existe pas en même temps quelque affection chronique du nez ou du pharynx pouvant entretenir la bronchite chronique.

S'il existe telle maladie, il suffira dans la plupart des cas de guérir cette affection supérieure pour voir l'infection inférieure disparaître comme par enchantement.

De même, il faudra tenir compte du terrain sur lequel est implantée la bronchite chronique et faire dans le traitement de cette dernière une large part aux diathèses et aux différentes manifestations locales coexistantes, si l'on veut que ce traitement soit rapidement suivi de succès.

Nous ferons succinctement le traitement des différentes formes de bronchites chroniques chez l'adulte:

I. *Forme commune de la bronchite chronique.* — Le traitement la bronchite chronique est très varié et difficile à systématiser, car il doit changer, pour ainsi dire avec chaque sujet.

Lyon classe ses indications générales sous les quatre chefs suivants:

1° Modifier la muqueuse bronchique et les sécrétions, combattre l'élément congestif;

- 2° Faciliter l'expectoration;
- 3° Calmer la toux et l'élément spasmodique;
- 4° Traiter l'état général et faire suivre une hygiène convenable au malade.

Les substances modificatrices des bronches et de leurs sécrétions sont: (a) les balsamiques, les gommés-résines et les plantes à huile essentielle; (b) les iodures; (c) les sulfureux.

(a) Balsamiques, etc.: goudron, tolu, benjoin, térébenthine, terpine, eucalyptol, créosote, etc. Tous ces médicaments s'éliminent en partie par les muqueuses des voies respiratoires et antiseptisent, au passage, la surface de ces muqueuses. A la faveur de cette antiseptie les sécrétions se tarissent.

Les balsamiques sont, aussi, fort utiles en inhalations et, comme ces médicaments sont tous plus ou moins irritants pour le tube digestif, il est quelquefois préférable de recourir à ce mode d'application.

Les balsamiques s'administrent surtout quand l'expectoration est très abondante, seuls ou associés les uns aux autres.

Le goudron sera donné associé sous forme pilulaire ou en émulsion, ou seul sous forme d'eau de goudron.

La térébenthine, très employée avant l'apparition de la terpine, s'administrerait en capsules de 5 gts, 6 à 8 par jour, ou sous forme de sirop.

La créosote très irritante pour le tube digestif est en même temps très utile dans les bronchites tuberculeuses. On la donnera en émulsion ou en pilule, à la dose de une à cinq et même dix gouttes, 3 fois par jour, immédiatement après les repas.

(b) Les iodures agissent surtout à l'élimination sur les liquides sécrétés en les fluidifiant. Ils favorisent par là même, l'expectoration. Les iodures sont surtout efficaces dans la bronchite des artério-scléreux et des emphysémateux. Il est bon, toutefois, de savoir manier les iodures de sodium et de potassium, surtout ce dernier, et de les administrer prudemment pour éviter les phénomènes d'iodisme. La dose quotidienne de 5 à 15 grains de l'un ou de l'autre de ces sels est suffisante dans le traitement de l'affection qui nous occupe.

Les préparations iodo-tanniques sont employées avec de très bons effets toniques sur les muscles des bronches.

(c) Les sulfureux agissent par l'hydrogène sulfuré qui s'élimine au niveau des bronches. Selon Renault, "ils agissent à la façon des cautérisations sur les plaies atones. En congestionnant la muqueuse bronchique, ils en forcent les vaisseaux, parcourant un tissu conjonctif modifié par l'œdème chronique à abandonner leur mode de circulation torpide, pour un régime de pleine et active circulation."

Les eaux sulfureuses naturelles sont toujours supérieures aux préparations artificielles de soufre. Elles sont indiquées dans les cas de bronchite absolument torpide, atonique, sans réaction d'aucune sorte, de ces bronchites qui traînent si longtemps leur cortège de symptômes toujours identiques qu'il semble inutile d'espérer une guérison.

Pour combattre occasionnellement l'élément congestif on peut employer l'ipéca à faibles doses et l'ergotine. On a récemment conseillé l'hydrastis canadensis, vingt à trente gouttes d'extrait fluide, quatre fois par jour.

La médication expectorante sera réalisée par l'emploi des nauséux chez les forts, et des ammoniacaux chez les faibles.

L'ipéca, le kermès, le tartre stibié, la scille, le polygala sont les médicaments qu'il convient de donner aux vigoureux pour activer et déterminer l'expectoration.

Le carbonate et le muriate d'ammoniaque, le benzoate de soude seront les médicaments de choix si le sujet est délicat et ne peut pas supporter l'action déprimante des premiers.

La médication calmante atteindra son but par l'opium et ses alcaloïdes, morphine et codéine, la belladone (la belladone dessèche en même temps les muqueuses respiratoires), le datura, l'eau de laurier cerise, les inhalations de vapeurs simples ou médicamenteuses.

Les bromures seront quelquefois utiles.

Le traitement hygiénique et général sera toujours l'objet d'une attention spéciale.

Prémunir les malades contre les variations de température. L'impression du froid humide. Les rendre plus prompts à réa-

gir par des frictions générales vigoureuses, les aguerrir par l'hydrothérapie. Il importe que les malades dépensent chaque jour quelques heures à se promener à pied au grand air, en évitant cependant les fatigues excessives.

Les médicaments s'adressant à l'état général varieront presque suivant chaque sujet.

Les tuberculeux prendront l'huile de foie de morue, l'iode de fer, les iodo-tanniques, et pour augmenter leur appétit, les amers, le quinquina, etc.

Les arthritiques, l'arsenic sous toutes les formes, liqueur de Fowler, eau de Bourboule, etc.

Les arthritiques dyspeptiques se trouveront bien du régime approprié et des alcalins.

L'on donnera l'iode aux emphysémateux, les toniques cardiaques à ceux qui commencent à souffrir de non-compensation. Les baumes seront formellement contre-indiqués chez les albuminuriques. Les vieillards n'useront que modérément des balsamiques et laisseront de côté les sulfureux, il'on s'appliquera à prévenir chez eux l'asystolie.

II. *Catarrhe sec.* — Cette forme de bronchite chronique paraît liée à un état congestif de la muqueuse.

Il faut ici calmer le symptôme le plus fatiguant, la toux quinteuse et sèche à l'aide des préparations opiacées et des inhalations de vapeur d'eau chargée de benjoin.

La codéine, la teinture de jusquiame, la teinture de racines d'aconit, seront les médicaments de choix et seront donnés seuls ou combinés ensemble.

L'iode de potassium est administré dans le but de prévenir l'emphysème.

III. *Bronchorrhée séreuse.* — Forme rare qui sera combattue par l'administration de la belladone comme anti-sécréteur. Les préparations d'Érgot sont aussi indiquées.

L'arsenic à petites doses sera administré pendant longtemps, cette affection s'observant surtout chez les neuro-arthritiques héréditaires.

IV. *Bronchite putride.* — De tous les traitements employés dans le but de faire de la désinfection des voies bronchiques.

c'est l'injection hypodermique d'eucalyptol, ou d'huile gaiacolée ou créosotée qui donne les meilleurs résultats.

Il faut bien entendu, faire en même temps le traitement tonique général. Diète généreuse, vin de quinquina et toniques de toutes espèces ont ici leur indication.

L'injection sous-cutanée d'eucalyptol se prescrit :

Eucalyptol.....	1 partie
Vaseline liquide.....	4 parties

Injecter une à deux drachmes.

V. *Bronchite pseudo-membraneuse*. — Le seul médicament qui paraisse efficace dans cette forme, c'est l'iodure de potassium, à la dose quotidienne de 15 à 30 grains.

Le sérum antistreptococcique n'a pas encore donné de preuves convaincantes de son utilité contre cette forme de bronchite chronique.

VI. *Bronchite chronique de l'enfant*. — Beaucoup plus rare que chez l'adulte, elle se trouve mieux du traitement général que du traitement de la bronchite elle-même.

L'huile de foie de morue, les préparations iodo-tanniques, l'arsenic, feront les frais de cette médication tonique générale.

C'est chez les enfants surtout qu'il faudra se rendre compte de l'état des fosses nasales et du pharynx, les végétations adénoïdes, les rhinites contribuant à entretenir la chronicité de la bronchite. Cet examen attentif du naso-pharynx pourra donc fournir une indication thérapeutique des plus importantes.

ACTUALITÉS MÉDICALES.

CONGRÈS PÉRIODIQUE DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE (1)

I. — *Du traitement des ruptures de l'utérus*, par M. HENRI VARNIER.

Le rapporteur a pu observer 23 femmes atteintes de rupture utérine, et d'après lui, ces cas relèvent du traitement chirurgical. Onze malades ont été traitées par le traitement médical : extractions par la voie naturelle du fœtus et des annexes, tamponnement, etc., et dix sont mortes. Pour les 12 autres cas, 6 purent être opérées à temps, et 3 femmes furent sauvées ; les autres malades opérées trop tard moururent sans exception. Il est à prévoir, ajoute l'auteur, que, dans l'avenir, l'organisation des services d'accouchement permettra des interventions d'urgences rapidement menées et qu'on aura de ce fait un nombre plus considérable de guérisons.

Il y aurait deux variétés de ruptures suivant certains auteurs.

1° La rupture *incomplète* ne s'étendant pas jusqu'au péritoine, justiciable d'un traitement par les voies naturelles ;

2° La rupture *complète*, intéressant le péritoine et justiciable d'un traitement chirurgical. Malheureusement, dit le rapporteur, cette division n'est pas clinique ; s'il est possible par le toucher de se rendre compte d'une rupture utérine, il est impossible d'en juger l'étendue. Il n'y a rien qui ressemble au toucher, à une rupture complète comme une de ces ruptures sous péritonéales décrites par Cazeaux.

La réaction générale de l'organisme ne peut non plus aider au diagnostic du degré et d'étendue de la rupture.

Il est donc urgent d'*intervenir chirurgicalement*.

Monsieur Varnier ne conseille pas le traitement conservateur qui consiste à suturer la paroi utérine. Cet utérus est prêt à se rompre lors d'un accouchement ultérieur sans compter

(1) IIIe Session, tenue à Nantes, du 23 au 29 septembre 1901.

que les suites opératoires sont très graves. Il faut pratiquer l'*hyotérectomie subtotalc* avec extériorisation du pédicule à la façon de Porro. M. le professeur Pinard enseigne lui-même la nécessité de ce traitement radical de la rupture utérine, diagnostiquée par le toucher intra-utérin.

II. — *Traitement de l'inversion utérine*, par M. OUI, de Lille.

Il convient de distinguer :

- 1° L'inversion récente d'origine puerpérale ;
- 2° L'inversion ancienne d'origine puerpérale ;
- 3° L'inversion polypeuse.

L'inversion *utérine ancienne* est celle qui persiste après la réapparition des règles.

Dans le traitement de l'inversion récente d'origine puerpérale, l'indication urgente est de réduire l'utérus.

Si le placenta est encore adhérent à l'utérus inversée, l'auteur conseille d'enlever cet obstacle à la réduction. Il ne faut pas craindre les hémorragies. Il vaut mieux se passer d'anesthésie de peur d'augmenter le choc déjà inquiétant.

La réduction doit se faire uniquement par manœuvres nouvelles par *taxis*. Il existe trois procédés :

- 1° Taxis central ou méthode de Viardel ;
- 2° Taxis périphérique ou méthode d'Astruc ;
- 3° Taxis latéral ou méthode de Deleuryé.

On emploiera une de ces trois méthodes selon les conditions du moment. En présence d'une inversion récente, M. le professeur Pinard conseille d'agir ainsi :

- 1° Décoller le placenta et désinfecter la muqueuse utérine ;
- 2° Réduire l'utérus dans le vagin ;
- 3° Retourner l'utérus de bas en haut en introduisant la main dans le vagin et en opérant des pressions à l'aide des doigts dans l'intervalle des contractions.

Il faudra surveiller de très près la femme et assurer le retour du pouls par l'éther et la caféine.

(a) *Traitement pendant la période d'involution*. L'anesthésie est ici de toute nécessité et il faut recourir au taxis périphérique et au taxis latéral. Il faut rejeter tout redresseur rigide capable

de perforations utérines et employer si l'on veut le ballon de Champetier ou le tamponnement à la gaz iodoformée qui met à l'abri de l'hémorragie et de l'infection. Dans les cas de sphacèle de la muqueuse et d'infection utérine on ne pourra songer au taxis capable de produire une péritonite suraiguë. L'hystérectomie vaginale est le seul traitement.

(b) *Traitement de l'inversion ancienne d'origine puerpérale.* L'utérus comme l'ont prouvé Barnes, etc., reste très longtemps capable de récupérer son intégrité fonctionnelle. Toutes les tentatives faites pour réduire l'utérus en le conservant sont légitimes quel que soit l'âge de l'inversion. Elles doivent être préférées à l'hystérectomie, ressource ultime réservée aux cas où la réduction est impossible. Le taxis, la méthode à pression continue avec pessaires à air ou à eau, le tamponnement ont donné des succès. Les échecs des méthodes de douceurs ont amené la pratique des opérations sanglantes, telles que la laparatomie qui a donné de médiocres résultats, et les interventions par la voie vaginale. On conseille le mode opératoire suivant :

Incision large du cul-de-sac antérieur;

Exploration de l'infundibulum d'inversion;

Incision de toute la paroi antérieure de l'utérus;

Réduction de l'inversion;

Suture du corps utérin; réintégration de l'utérus; suture du col et drainage du cul-de-sac antérieur.

Traitement de l'inversion polypéuse. Il faut supprimer la réduction de l'utérus par les moyens déjà indiqués.

III. — *Des interventions chirurgicales dans les cas de dystocie par fibrômes,* par le professeur BOURSIER, de Bordeaux.

Il y a *dystocie par fibrômes*, lorsque le travail de l'accouchement est gêné par la présence d'une tumeur fibreuse.

Les fibrômes peuvent gêner les contractions utérines, ou empêcher par leur présence l'expulsion du fœtus. Il n'y a guère que les fibrômes développés sur le segment inférieur de l'utérus qui peuvent gêner l'acte obstétrical.

Il n'y a pas ou peu de moyens de diagnostiquer à l'avance les tumeurs coupables de dystocie, et ce à cause des modifi-

cations que leur impriment la grossesse et l'accouchement. Ces modifications sont au nombre de trois :

Augmentation presque générale du volume de la tumeur ;

Ramollissement qui permet quelquefois à des fibrômes proëvia de se laminer et permettre par étalement l'expulsion de l'enfant ;

Ascension de la tumeur et déviations utérines.

Au moment de l'accouchement seulement, il est possible de préjuger de la dystocie possible. En face d'une fibromateuse enceinte, il faut laisser évoluer la grossesse jusqu'à terme, sauf accidents graves. L'intervention est d'ailleurs assez rare.

Tous les auteurs sont d'accords pour intervenir dans certains cas, les uns lorsque la femme est à terme, d'autres lorsque le travail est commencé.

Le rapporteur passe en revue toutes les opérations qui ont été pratiquées dans les cas de dystocie par fibrômes et conclut que la seule opération à faire est l'*hystérectomie abdominale totale* selon le conseil de Pinard et Varnier. Il n'y a exception que pour les cas de fibrômes pédiculés ou la *myomectomie* peut être employée avec profit.

Au cours de la discussion sur l'opportunité d'intervenir au cours de la grossesse pour enlever un fibrôme, M. Pinard s'éleva avec énergie contre ces interventions pendant la grossesse, sauf dans les cas d'accidents graves, qui forcent la main de l'opérateur. L'accord est aujourd'hui parfait entre accoucheurs et chirurgiens à savoir, qu'il ne faut pas, de propos délibéré, intervenir pour fibrômes chez une femme enceinte, car il est exceptionnel qu'une femme grosse avec un utérus fibromateux présente, au moment du travail, des accidents graves. A la clinique Baudelocque, sur 25000 accouchements, il y a eu 85 cas diagnostiqués de fibrômes coïncidant avec la parturition. Il n'a fallu en opérer que 12, et encore presque toutes ailèrent à terme.

IV. — *De l'antéflexion congénitale dans ses rapports avec la stérilité et de son traitement*, par M. le docteur BEAUDRON, de Paris.

L'auteur de ce rapport n'envisage que les cas d'antéflexions

congénitales décrites par tous les auteurs, et qu'on considère de plus en plus, selon les idées de Schultze, comme la persistance d'un état infantile de l'utérus et que le médecin allemand a proposé de dénommer *antéflexion puérile*.

La conséquence est de déterminer un rétrécissement du canal utérin. Très souvent, comme l'a fait remarquer Pozzi, les cavités corporelle et cervicale sont dilatées au-dessus et au-dessous du point de constriction et prennent la forme d'un sablier. Il ne faut pas oublier que l'orifice externe du col est très souvent aussi sténosé. Presque toujours cette déviation utérine empêche les fonctions physiologiques normales et elle se manifeste souvent par la *dysménorrhée* et la *stérilité*.

La grossesse lorsqu'elle survient, à une heureuse influence sur cette déviation utérine et elle serait d'après Pinard sa meilleure thérapeutique. Tous les efforts du gynécologue doivent donc tendre à supprimer la flexion et la sténose pour supprimer les obstacles à la fécondation et pour permettre à la grossesse une évolution sans accident.

Plusieurs opérations sont préconisées pour faire disparaître cette flexion utérine, mais il est préférable d'employer la méthode du professeur Pinard, c'est-à-dire le *cathétérisme dilateur répété* pratiqué deux ou trois jours après la fin des règles.

Il comprend :

La dilatation et le redressement de l'utérus avec les lamineuses ;

Le cathétérisme dilateur répété avec les bougies d'Hégar.

Le traitement cesse quelques jours avant les règles et se reprend lorsqu'elles sont terminées. La femme peut reprendre sa vie conjugale au deuxième mois.

A partir de ce moment, tout de suite après la menstruation, avant toute possibilité de fécondation, on pratique deux ou trois séances de cathétérisme dilateur et cela jusqu'à guérison.

Par cette méthode, la dysménorrhée est vaincue, la stérilité est combattue et l'antéflexion est corrigée. Lorsque le col revient sur lui-même malgré le traitement par les lamineuses, il convient de recourir aux opérations proposées par M. Pozzi et M. Baudron.

V. — *l'omissions incoercibles de la grossesse*, par M. HUGÉ, de Nantes.

D'après cet auteur, ces vomissements sont dus le plus souvent à une auto-intoxication, mais pour lui, le système nerveux doit jouer un grand rôle au point de vue étiologique.

C'est à ces deux indications que devra répondre le traitement médical: tout en agissant sur le système nerveux, il faut lutter contre l'intoxication et empêcher la dénutrition de la femme enceinte.

Au besoin, pour les cas graves, l'auteur a recours à l'évacuation de l'utérus.

M. Guillemet, de Nantes, voudrait que cette question fut traitée au Congrès pour que les praticiens sachent quelle conduite tenir en présence de ces cas. Pour lui le vomissement est une complication et non un symptôme de la grossesse. C'est un premier signe qu'il y a intoxication. Il soumet ses malades au régime lacté et comme quelques-unes ne s'améliorent pas même avec ce traitement, il se demande s'il faut alors évacuer l'utérus et il voudrait savoir quel est le critérium nécessaire pour justifier et nécessiter une pareille intervention.

M. Pinard, en réponse, déclare nécessaire que tout le monde sache que les vomissements de la grossesse ne sont que des manifestations de l'intoxication gravidique, ce sont les premières réactions pathologiques de la grossesse. De même que l'éclampsie ne doit plus être considérée comme une entité morbide, il en est de même des vomissements, qui ne sont que la conséquence d'une toxémie de la grossesse, d'une hépatotoxémie, parce que l'insuffisance hépatique est, dans ces cas, le phénomène le plus saillant: du reste, le traitement démontre la vérité de cette conception, puisqu'on obtient des résultats heureux en privant l'organisme de toute toxine alimentaire.

Ce qu'il faut bien savoir, ce qu'il faut bien enseigner, c'est que toute femme grosse, qui a des vomissements graves, est une femme qui est presque condamnée à mourir par empoisonnement du système nerveux. Dans ces cas où la responsabilité du médecin peut être engagée, le pouls sera le seul guide. Le pouls n'est pas à 100. Il faut avoir confiance dans le régime

lactée ou dans ses succédanés comme le képhyr; et son emploi est une question de vie ou de mort qu'il faut faire comprendre à la famille de la malade. Le pouls dépasse-t-il 100: il faut vider l'utérus le plus rapidement possible. Il faut considérer la femme dans cet état comme si elle avait une hémorragie abdominale.

VI. — *Mensuration radiographique du bassin*, par M. MORIN, de Nantes, rapporteur.

Ce mode de mensuration vient en aide aux anciens procédés en précisant mieux qu'eux le diamètre transverse.

PÉDIATRIE.

VII. — *Des méthodes conservatrices dans le traitement des tuberculoses locales chez l'enfant*, par M. POISSON, de Nantes.

Le rapporteur présente un rapport des plus complets sur cette question et fait voir comme le traitement a évolué depuis quelques années dans les affections tuberculeuses de l'enfant, qui ont une tendance naturelle à la guérison.

La chirurgie sanglante des tuberculoses locales repose sur un certain nombre de préjugés. En effet, la tuberculose locale n'est pas une nécrose envahissante, elle reste localisée et il n'est pas nécessaire de l'enlever sous peine d'autres manifestations locales ou viscérales. Le danger, dans les tuberculoses opérées, réside dans les infections secondaires: les méthodes conservatrices pourront éviter cette complication tout en exposant ni plus ni moins que la méthode sanglante à la méningite: les statistiques de Kirmisson et de Joüon relevées à l'hôpital Trousseau, de Poisson à l'hôpital maritime de Pen-Bron, en font foi.

La suppuration tuberculeuse n'est pas assimilable à la suppuration de l'abcès ordinaire. La suppuration fermée tuberculeuse ne deviendra un danger que du jour où il y aura infection mixte.

Ce qu'il faut éviter, c'est l'ouverture, spontanée ou non, de cette collection.

L'auteur formule les propositions suivantes:

1° Ne jamais ouvrir, à moins d'une extrême nécessité, une tuberculose locale fermée, suppurée ou non suppurée:

2° Empêcher, par tous les moyens possibles, l'ouverture spontanée d'une tuberculose suppurée;

3° Faire intervenir sur ces tuberculoses fermées des agents modificateurs généraux ou locaux.

4° Rester fidèle à ce traitement conservateur, alors même qu'il s'agit d'une tuberculose ouverte, en se tenant prêt à agir s'il survenait un état septicémique.

Pour cela, il faudra avoir recours:

1° Au traitement général; 2° à l'immobilisation et l'extension continue; 3° à la compression; 4° aux toniques; 5° aux injections modificatrices; 6° à l'ignipuncture.

Ainsi donc, même dans les cas de suppurations ouverte et de trajet fistuleux, le traitement conservateur ne doit pas être abandonné. Le chirurgien pratiquera toujours des interventions de nécessité, elles seront dictées surtout dans les tumeurs blanches par la fièvre et l'état général septicémique. Il en sera de même dans les abcès confluents infectés. Dans les adénopathies suppurées, il sera nécessaire d'intervenir pour nettoyer des trajets et substituer à des cicatrices vicieuses une cicatrice chirurgicale régulière.

VIII. — *La défense de l'enfant*, par MM. OLLIVE et SCHMITT, de Nantes, rapporteurs.

La défense de l'enfance comprend trois grandes étapes: 1° avant la procréation; 2° depuis la procréation jusqu'à la naissance; 3° après la naissance.

Avant la procréation, par la lutte contre l'alcoolisme, la tuberculose, la syphilis, dont les produits sont fatalement condamnés, et contre les intoxications.

Depuis la procréation jusqu'à la naissance, en évitant le *surmenage* qui a, sur le produit de conception, les plus tristes conséquences physiques: avortements, etc.

A l'assistance matérielle de la femme enceinte, doit s'ajouter l'assistance médicale: la femme enceinte ne se doute pas des soins particuliers auxquels elle doit s'astreindre. Il faudrait qu'une consultation pour femme enceinte fût instituée dans toutes les communes et un service d'accoucheurs devrait être institué pour pratiquer en ville les opérations d'urgence dans

les familles appartenant à l'assistance publique ou aux bureaux de bienfaisance.

Après la naissance, l'œuvre de la défense commune commence à peine. Les affections gastro-intestinales et pulmonaires tuent plus de la moitié des enfants: ce sont des maladies évitables par l'assistance médicale des nourrissons, l'assistance pécuniaire de la mère indigente, et son éducation.

M. LEGENDRE, de Paris, fait une communication sur le rôle des médecins pédiatres dans l'instruction et l'éducation de l'enfance.

Le médecin devrait une action sur l'élaboration des programmes pédagogiques et des divers examens et concours. C'est une erreur de notre organisation scolaire d'avoir voulu placer tous les cerveaux d'enfants dans le même moule universitaire, sans tenir compte de leur dissemblances et de leurs dispositions naturelles.

Il serait donc nécessaire de faire une répartition des écoliers d'après l'ensemble de leurs aptitudes et de leur capacité de travail.

M. GASTON apporte un travail remarquable sur les *stigmates héréditaires* constituant un appoint considérable et précieux à la puériculture.

M. QUEIREL insiste pour que les femmes enceintes soient reçues dans les maternités au sixième mois de leur parturition. La femme, mise au repos à la fin de sa grossesse, accouche toujours d'un enfant dont le poids est supérieur à celui des enfants nés de femmes entrées au moment du terme.

M. PINARD, constate avec plaisir tout le progrès accompli dans la puériculture. Aujourd'hui, tout le monde sait que, pour avoir un enfant sain, il faut deux conjoints dans des conditions morales et physiques particulières.

L'orateur demande au Congrès d'approuver le vœu suivant: *Toute femme enceinte sera soumise au repos obligatoire durant les trois derniers mois de sa grossesse.*

IX. — *Du traitement thyroïdien en pathologie infantile et en particulier dans l'infantilisme*, par M. PUSSET, de Lille, rapporteur.

Les expériences sur le coefficient urotoxique des myxœdémateux et des thyroïdisés semblèrent prouver que la fonction

de la glande thyroïde était une fonction antitoxique et que le myxœdème était une auto-intoxication.

Les travaux de Gauthier semblèrent prouver que les phénomènes produits sur l'organisme par la glande thyroïde étaient surtout d'ordre clinique et que le suc thyroïdien agissait avec le métabolisme, produisant, par son absence la rupture de l'équilibre nutritif, dont les résultats sont les symptômes de l'*athyroïdie* ou des *dysthyroïdies* qui entraînent des lésions trophiques et des arrêts de croissance. On peut affirmer aujourd'hui qu'il existe un lien très étroit entre toutes les maladies résultant d'un vice de nutrition et le fonctionnement du corps thyroïde.

Son action est efficace et vraiment spécifique dans le myxœdème franc et dans les états mal définis, classés sous la dénomination de myxœdème fruste, qui semblent se rattacher à un hypofonctionnement de la glande.

Mais c'est dans l'infantilisme que l'opothérapie thyroïdienne donne les meilleurs résultats.

Il y a lieu de distinguer, pour ces cas d'infantilisme, ceux qui sont directement liés au myxœdème, et ceux qui, *en apparence*, dépendent d'une autre cause comme le rachitisme, la tuberculose, la syphilis héréditaire. Le rapporteur pense que, même dans ces derniers cas, s'il est juste de dire qu'il existe un terrain préparé bien favorable, les troubles de croissance et les arrêts de développement sont dûs à une adu'tération de la fonction thyroïdienne, adu'tération produite par la tuberculose, le rachitisme, la syphilis.

Il y a donc lieu, dans les cas d'infantilisme, quelle qu'en soit l'origine, d'essayer l'opothérapie thyroïdienne, qui donnera les meilleurs résultats dans la plupart des cas, bien entendu à la condition que le sou'ette soit encore susceptible de s'accroître.

La médication thyroïdienne demande à être maniée avec la plus grande prudence chez les enfants qui y sont particulièrement sensibles. On devra surveiller le cœur et les reins avec la plus grande attention, cesser le traitement ou diminuer les doses au moindre signe d'intoxication thyroïdique.

On devra toujours commencer par des doses minimes, tâter

la susceptibilité du sujet, n'accroître ces doses que lentement et progressivement, mettre de temps à autre des intervalles de repos pour éviter l'accumulation. Chez les enfants, les tablettes comprimées et pastilles sont les plus commodes à administrer.

X. — *Des albuminuries intermittentes de l'enfance*, par M. MERY, rapporteur.

L'auteur distingue des albuminuries intermittentes dues à des lésions rénales, et des albuminuries intermittentes fonctionnelles.

Les premières peuvent faire suite à une néphrite aiguë et ne pas passer à l'état chronique, ou bien devenir chroniques, réalisant un type analogue à celui des albuminuries intermittentes fonctionnelles, type cyclique ou type orthostatique.

Ces albuminuries peuvent aboutir à la guérison complète, de même qu'elles peuvent aboutir au mal de Bright. Il est rare de les observer au-dessous de sept ans. Elles coïncident plutôt avec l'époque de la formation ou de la puberté et sont souvent insidieuses, n'entraînant que des troubles peu accentués de la santé générale.

La station debout, l'exercice, la marche, etc., favorisent la production de l'albumine, tandis que le décubitus dorsal pendant la nuit ou le jour la fait disparaître des urines.

Il n'y a pas de cylindres dans les urines de ces albuminuriques intermittents.

Les principales variétés d'albuminuries intermittentes fonctionnelles sont : l'albuminurie cyclique prégloutteuse, l'albuminurie orthostatique d'origine mécanique, l'albuminurie pré-tuberculeuse.

La guérison a été observée dans 78 pour 100 des cas. L'albuminurie disparaît dans un laps de temps variant de deux à trois ans.

Pour expliquer ces albuminuries intermittentes fonctionnelles, deux théories pathogéniques sont en présence.

Dans la première, on incrimine la présence, dans le sang, d'albumines anormales d'origine digestive ou hépatique ou dyscrasique, albumines pouvant dialyser à travers un rein sain.

Dans la seconde théorie, on admet l'action irritante passa-

gère, sur l'épithélium rénal, soit de matières extractives en excès, soit de poisons d'origine digestive ou dûs au fonctionnement anormal du foie; cette théorie entraîne comme conséquence l'existence d'une altération rénale tout à fait transitoire, qui ne survit point à la cause qui l'a produite. Le mode de traitement de ces albuminuries intermittentes est très limité.

XI. — *Traitement de la scoliose essentielle des adolescents par la kinésithérapie.* par M. SAQUET, de Nantes, rapporteur.

La scoliose essentielle ou idiopathique est constituée par une déviation latérale de la colonne vertébrale. L'emploi des mouvements dans le traitement de la scoliose est passé dans la pratique courante.

Il est de première nécessité d'intéresser les malades à leur traitement. Les enfants intelligents et adroits guérissent plus vite. Le massage très utile est à lui seul insuffisant: la kinésithérapie comprend le massage, la mobilisation, les exercices actifs et les exercices à résistance. L'électricité est superflue.

Abandonnée à elle-même, la scoliose s'aggrave à la puberté. On doit surveiller les attitudes de lecture, d'écriture et de travail: il faut recommander l'écriture droite, le repos dans la journée le dos appuyé dans un fauteuil convenable ou étendu sur un meuble dur. Le lit devra être dur, sans oreiller ni traversin. Le rapporteur n'est pas du tout partisan des corsets orthopédiques.

Parmi les sports, la natation à la façon de la coupe, la bicyclette, le bras surélevé du côté concave, le billard chez les garçons dans la scoliose à convexité droite, le croquet, le lawn-tennis modéré seront permis.

J.-É. DUBÉ.

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

Séance du 26 novembre 1901

Présidence de M. le Dr DEMIERS

PROCÈS-VERBAL.

Les minutes de la dernière séance sont mises aux voix et adoptées.

M. MERCIER (Alphonse) : A la dernière séance, lors de la discussion sur la communication de MM. St-Jacques et Marien, j'avais demandé à quel endroit siégeait le cancer primitif, j'ai, depuis, relu la communication et je n'y trouve nulle part mention de ce point qui, cependant, me paraît assez important.

M. MARIEN : M. St-Jacques étant absent, vous me permettrez, comme collaborateur, de répondre à cette objection. Nous avons trouvé le cancer primitif dans le petit intestin. Le cancer s'était développé dans la celluleuse en soulevant la muqueuse sans l'ulcérer, cette dernière étant intacte sur toute l'étendue de la masse cancéreuse. Il y avait un épaississement considérable de toute la paroi intestinale, le cancer envahissait toutes les tuniques profondes et se propageait jusqu'au mésentère—ce dernier était infiltré de noyaux secondaires : c'est à cet endroit qu'ont été pris les morceaux que nous avons examinés et le microscope a montré que c'était franchement un épithélioma.

PRÉSENTATION DE PIÈCES PATHOLOGIQUES.

1° M. GRAVEL présente les reins et le cœur d'un malade mort à l'Hôtel-Dieu deux jours après son entrée à l'hôpital, dans le coma urémique. Il n'a pu se procurer aucun détail sur le passé pathologique du malade. Les deux reins sont scléreux et très petits, le cœur est dilaté et très hypertrophié.

M. LESAGE : Ce malade a-t-il une histoire pathologique quelconque qui puisse expliquer ces troubles ? Il semble qu'une étiologie compléterait, en l'éclairant, la nature des lésions observées en jetant un coup d'œil sur les organes qui viennent de nous être présentés.

M. GRAVEL : Je n'ai vu le malade que dans les derniers jours et son histoire n'a pas pu être faite.

2° M. MARIEN communique à la société le résultat d'une autopsie faite en ville assisté de MM. Gravel et Bouchard. Il s'agit d'une malade morte après deux jours de maladie avec des symptômes d'obstruction intestinale. A l'autopsie l'abdomen était très dilaté, mais la cavité péritonéale ne contenait aucun épanchement, les intestins étaient très dilatés et remplis de liquide. Dans la fosse iliaque droite on trouve un gâteau inflammatoire formé par des adhérences péri-appendiculaires ; par la dissection on trouve une cavité remplie de pus, et un appendice hypertrophié et mamelonné. Il existe, près de l'insertion appendiculaire, une petite perforation d'où s'échappe des matières fécales. A la dissection complète de la pièce on trouve un rétrécissement presque total de

l'intestin qui a l'air inflammatoire, au-dessous le coecum est très dilaté. Le foie est farci de noyaux cancéreux secondaires presque tous d'égal volume et disséminés un peu partout dans le parenchyme hépatique.

Voici une malade atteinte d'appendicite chronique ancienne chez qui on trouve un anneau cicatriciel cancéreux au-dessous à évolution rapide, si on s'en rapporte aux symptômes observés.

M. Marien se demande s'il ne s'agirait pas dans ce cas d'un cancer greffé sur des cicatrices d'appendicite chronique.

M. LASNIER : M. Marien semble croire que l'appendicite a été le point d'appel du cancer. Je suis d'opinion que, dans ce cas, c'est plutôt l'infection secondaire qui a été la cause de l'appendicite.

M. MARIEN : Je n'ai pas émis d'opinion, je n'ai fait que des réflexions, n'ayant pas encore fait l'examen histologique de la pièce. Je constate ici des lésions très anciennes appendiculaires, et un cancer qui a évolué très rapidement.

COMMUNICATION.

1^{er} M. MERCIER (Alphonse), en collaboration avec M. Bernier, rapporte l'observation d'un malade atteint d'*ostéopathie hypertrophiante*, avec présentation du malade, photographies et radiographies. (Ce travail est publié en entier plus haut.)

DISCUSSION.

M. DUBÉ demande à ce que l'épreuve de la tuberculine soit faite sur le malade, afin de pouvoir éliminer complètement la tuberculose.

M. CORMIER : M. Mercier a parlé des travaux de M. Marie, en 1890, sur cette maladie, époque où M. Marie en a donné une étude complète ; mais cette maladie était connue depuis plusieurs années. Bailly en a rapporté un cas en 1862, et les cas rapportés depuis ont été assez fréquents.

Quant à l'origine pneumique que M. Marie reconnaît à cette affection, elle n'est pas admise par tous, Marfan admet que d'autres causes peuvent la provoquer, entre autres, toutes les affections de la cage thoracique. Il y a même un cas de rapporté où la maladie aurait eu pour point de départ une infection vésicale causée par le cathétérisme au cours d'une fièvre typhoïde chez un enfant. Il s'agissait d'une cystite à colibacille.

On a conseillé comme traitement dans cette maladie l'extrait de pommou—on aurait eu quelques succès.

M. LESAGE constate que, dans l'analyse du sang, la leucocytose portait surtout sur les polynucléaires, et que ce résultat contribuait à faire exclure la tuberculose chez le malade. En effet, depuis les travaux de Vidal et Ravaut, on sait que la formule leucocytaire porte surtout sur les lymphocytes dans les affections de nature tuberculeuse. Il ne voit cependant aucune objection à faire l'épreuve de la tuberculine.

M. DECOTRET n'est pas prêt à éliminer la syphilis héréditaire comme pathogénie de l'affection dont souffre le malade présenté par M^{rs} Mercier et Bernier.

M. DEMERS se prononce en faveur de l'épreuve par la tuberculine. Quant à la déformation du thorax que l'on remarque chez le malade, il est d'opinion qu'elle a été causée par des troubles de la respiration occasionés par les tumeurs adénoïdes dont souffre le malade.

M. FOUCHER reconnaît les déformations osseuses de la face à la suite de tumeurs adénoïdes, mais ces malformations portent surtout au niveau des sinus et sont provoquées par le tirage qui se fait dans les fosses nasales. Les autres lésions osseuses du thorax ne peuvent s'expliquer par le même mécanisme. Si l'infection occasionnée par les végétations adénoïdes peut causer cette maladie, il est surprenant de voir le peu de relation qui existe entre la fréquence des végétations adénoïdes et la rareté de l'ostéopathie hypertrophiante. Cependant si la maladie est causée par une affection pulmonaire il n'est pas improbable que les infections des voies respiratoires supérieures pourraient lui donner naissance.

M. VALIN demande s'il n'aurait pas pu se produire de pleurésie au moment des troubles qui ont suivi la chute du malade dans l'eau glacée. Si une infection pleuro-pulmonaire s'était produite à ce moment la pathogénie de la maladie en question pourrait peut-être s'expliquer.

M. MERCIER ne voit pas d'objection à l'emploi de la tuberculine, à condition, bien entendu, de prendre toutes les précautions requises et nécessaires en pareil cas.

Le diagnostic de pleurésie est acceptable, mais il faut savoir que le malade n'a jamais toussé, ni ressenti aucun point de côté. . . . Quant à la diminution de sonorité constatée à droite, elle est peu marquée et insuffisante à établir l'existence d'une affection pleurale en évolution. Peut-on admettre comme cause de cette ostéopathie une pleurésie antérieure qui aurait ensuite disparu sans presque laisser de traces?

Nous ne le croyons pas.

L'infection syphilitique n'a rien à voir dans le cas qui nous occupe, et nous affirmons que le père n'est pas syphilitique, 1°, parce que l'interrogatoire, très serré, a été négatif sur ce point, 2°, parce qu'il n'y a aucune raison de suspecter sa bonne foi et la véracité de ses réponses, 3°, parce qu'on ne trouve chez lui aucun signe de syphilis. Au surplus, ce point n'a pas l'importance qu'on veut lui attribuer et nous admettrions volontiers une erreur de notre part. Mais alors, il resterait à nous montrer qu'il y a eu transmission du père aux enfants, que notre petit malade est syphilitique, enfin et surtout, que ses déformations sont de nature spécifique. Or, ce dernier ne présente aucun stigmate de syphilis héréditaire, et ses déformations, aux bras et aux jambes, sont *symétriques*, ce qui élimine d'emblée l'influence de la syphilis dans la pathogénie de l'ostéopathie actuelle.

J..P. DÉCARIF,
Secrétaire.

Séance du 10 décembre 1901.

Présidence de M. MARIEN.

PROCÈS-VERBAL.

Les minutes de la dernière séance sont mises aux voix et adoptées.

M. MERCIER, O. F. communique à la Société le résultat d'une opération pratiquée sur le malade dont MM. Mercier (Alp.) et Bernier ont rapporté l'observation à la dernière séance. Il s'agissait du volumineux ganglion du cou dont on avait demandé l'analyse histologique. La masse était située très profondé-

ment sous les muscles et, après dissection, on est tombé sur une paroi absolument lisse et nacrée, fluctuante. La ponction a donné un liquide très clair. Il y avait absence complète de pus dans la région, et l'examen bactériologique du liquide n'a révélé la présence d'aucun micro-organisme. M. Mercier se demande s'il ne s'agirait pas dans ce cas du lymphadénôme de Hodgkin, cependant la grande quantité du liquide kystique est contre cette hypothèse.

PRÉSENTATION DE PIÈCES PATHOLOGIQUES.

M. HARWOOD présente plusieurs pièces de grossesses tubaires provenant d'opérations faites dans son service à l'hôpital Notre-Dame. Il s'agit de grossesses ectopiques à différents âges, opérées d'urgence pour accidents survenus à la suite de rupture de la trompe. Il fait un exposé de la pathogénie des grossesses extra-utérines et de leur localisation dans la trompe gravide.

RAPPORT.

M. BOUCHER donne lecture d'un rapport sur le fonctionnement de " *La goutte de lait* " qui a été installée dans la partie est de Montréal au printemps dernier. Ce rapport sera publié dans l'UNION MÉDICALE.

COMMUNICATION.

M. DUBÉ lit un mémoire sur l'*approvisionnement du lait dans la ville de Montréal*. Il passe en revue les différents moyens que la ville a à sa disposition pour forcer les laitiers à fournir un lait pur et non contaminé. Il s'appuie sur le cas de la ville de New-York et propose d'adopter ici le même système. Ce mémoire sera publié dans l'UNION MÉDICALE.

DISCUSSION.

M. LECAVALIER insiste sur l'importance qu'il y a d'exercer une surveillance rigoureuse sur la provenance du lait. Il présente une nombreuse statistique d'épidémies qui ont été disséminées par le lait et pour lesquelles la cause infectante n'a été connue qu'après l'écllosion de l'épidémie.

M. FOUCHER cite, à l'appui des observations de M. LeCavalier, le cas d'une maison d'éducation de Montréal où une épidémie assez sévère a eu pour cause un lait déjà contaminé sur la ferme avant d'être donné aux élèves.

M. HARWOOD fait quelques remarques sur les différents âges du lait qui est distribué à la ville et sur le manque de voitures à réfrigérateurs sur les corvois de chemin de fer.

M. LABERGE, médecin en chef du bureau de Santé de Montréal, dit que la ville se propose de faire tout en son pouvoir pour arriver à doter Montréal d'un lait pur. Avec le nombre d'inspecteurs qu'il a aujourd'hui à sa disposition il est impossible d'exercer une surveillance satisfaisante. Le laboratoire d'examen bactériologique du lait est encore à créer. M. Laberge se prononce en faveur d'un système d'éducation des fermiers et des laitiers. En leur montrant les dangers qu'ils font courir à leurs clients en leur fournissant un lait impur, et les avantages qu'ils tireraient eux-mêmes d'une bonne exploitation de leurs vacheries, il croit que l'on arriverait à un très bon résultat.

M. LECAVALIER.—Avec l'impossibilité où se trouve aujourd'hui la ville de faire inspecter toutes les fermes qui fournissent du lait à Montréal, je suis d'opinion que ce serait commettre une injustice que de distribuer des certificats d'inspection.

J.-P. DÉCARIE, *Secrétaire*.

ANALYSES

CHIRURGIE.

Deux cas de mort immédiate par rachicocainisation par M. LEGUEU, (*Société de Chirurgie, séance du 6 novembre, 1901*).

Je ne veux pas rouvrir la discussion sur la rachicocainisation, mais dans ces derniers temps, j'ai eu à déplorer deux morts par cocaïne, et c'est un devoir impérieux pour moi d'apporter à ma dernière communication ce regrettable complément.

Deux de mes malades sont morts, tout de suite, quelques minutes après l'injection, sur la table d'opération ; il ne s'agit donc plus de ces morts tardives-secondaires, pour l'explication desquelles on pouvait admettre ou discuter la part de la maladie en cours. Les morts immédiates que j'ai vues ne laissent aucun doute sur l'influence de la cocaïne chez ces malades.

Il n'y a à incriminer aucune faute, ni du côté de l'injection ni du côté de la dose.

Du côté des malades, certaines circonstances atténuantes sont à noter. Dans le premier cas il s'agit d'un malade âgé de 54 ans, qui présentait une rupture du tendon du triceps gauche. La veille, le malade se promenait dans la rue, lorsqu'il fut pris d'un étourdissement, perdit connaissance et tomba par terre. On le relève sans connaissance et on le transporte chez lui. Au bout de quelques heures, il revient à lui, mais il fut frappé à nouveau d'un accès apoplectiforme, il tombe à la renverse et reste toute la nuit sans connaissance.

Je le vois, le lendemain matin, il était assis sur son lit, à toute sa connaissance et n'a conservé aucune paralysie. Il présentait tous les signes d'une rupture du tendon rotulien ; il fallait l'opérer. La question d'anesthésique me préoccupa vivement. C'est un individu gras, obèse, au visage vultueux et apoplectique, emphysémateux ; les bruits du cœur sont mal frappés, on perçoit un bruit de galop ; les artères sont athéromateuses. Je ne me souciai pas d'endormir ce malade avec du chloroforme et je me décidai pour l'anesthésie par la cocaïne. Injection de un peu moins de 2 centim. de la solution au 1-100. Le malade est étendu sur son lit ; on prépare le champ opératoire.

Je commence l'opération dix minutes après l'injection : le malade est tranquille, ne dit rien, ne sent rien.

Tout-à-coup, pendant l'ouverture de l'articulation, le malade se plaint d'étouffer ; il demande à s'asseoir, poussa quelques gémissements, ses yeux se convulsent, sa tête est agitée de quelques mouvements convulsifs ; il retombe sur le lit, la face none ; il était mort un quart d'heure après l'injection.

Quelque temps après, un second accident est venu troubler à nouveau la série de nos opérations à la cocaïne.

Le 8 septembre dernier, un malade âgé de 61 ans était amené à l'Hôtel-Dieu, pour une hernie inguinale étranglée.

En mon absence, mon chef de clinique se disposa à opérer le malade. Il pratiqua une injection de cocaïne de 1 centg. et demi de la solution au 1-100.

La région venait d'être lavée et préparée lorsqu'on s'aperçut que la respiration devenait difficile. Le malade vomissait, la face était pâle, le front couvert de sueurs. La respiration se ralentit et s'arrête; la mort survient sans secousses, sans une plainte, avec une face d'une pâleur extrême. L'injection était faite depuis 12 à 15 minutes et l'opération n'était pas commencée. Voilà donc deux morts *immédiates*; ce sont, je crois, les premières causées par la cocaïne lombaire.

Et, en quelques jours, la rachicocainisation s'est élevée entre mes mains à une mortalité de 1-100. C'est beaucoup pour un anesthésique; et victime sans doute, d'une coïncidence fâcheuse, j'ai cru plus prudent de m'abstenir jusqu'à nouvel ordre.

Mais je ne saurais oublier les bénéfices que j'ai retirés jusqu'alors de la cocaïne; je dois à la vérité de rappeler que je n'ai jamais eu d'autres accidents et je crois qu'il y a, dans ma série assez nombreuse, des malades qui n'ont dû leur existence qu'à la substitution, pour l'anesthésie, de la cocaïne au chloroforme.

Je ne veux donc pas brûler aujourd'hui ce que j'adorais hier; je crois que la rachicocainisation restera comme méthode d'anesthésie, dans une étendue dont les limites sont encore impossibles à définir.

A. MARIEN.

THERAPEUTIQUE

M. H. ROGER publie dans *Arch. Gén. de Médecine*, de juillet 1901, un article excellent, intitulé "*Nouvelle contribution à l'étude clinique de l'érysipèle*", résultat de 1568 observations. Ce sont les considérations thérapeutiques qui nous intéressent surtout, dans cet article. D'abord nous remarquons qu'il n'y est pas fait, une seule fois, mention du Sérum antistreptococcique et il n'y a pas là, sûrement, d'oubli, puisque l'on utilise les injections sous-cutanées de sérum artificiel dans les cas graves.

Voici comment M. Roger libelle son traitement :

D'abord plus de pommades, d'emplâtres, de collodions, ces méthodes inutiles, pour enrayer la marche, peuvent quelquefois, augmenter la gravité de l'érysipèle et sont conséquemment proscrites.

Localement l'on fera des pulvérisations d'éther saturé de camphre ou ce qui vaut beaucoup mieux, des compresses chaudes fréquemment renouvelées.

Les érysipèles des membres sont aussi traités par les pansements humides chauds. Seulement, les infections y étant plus graves, l'on aura recours, quand il existe de la gangrène, à des bains locaux dans des solutions légères; 1 p 10,000 de permanganate de potasse, que l'on fait suivre de pansements humides antiseptiques. C'est l'eau oxygénée, neutralisée, qui donne les meilleurs résultats.

L'on parviendra, si l'érysipèle des membres prend une gravité d'allure exceptionnelle, à en enrayer la marche par des injections interstitielles d'eau oxygénée. L'eau oxygénée du commerce est étendue de son volume avec une solution de bicarbonate de soude à 4 p 1000. Le liquide obtenu est neutre ou légè-

rement alcalin. Par trois ou quatre piqûres, l'on injecte 5 à 6 centim. cubes à la périphérie des lésions ou autour des points sphacelés.

Le traitement général s'applique aux cas sérieux et consiste dans l'administration de stimulants diffusibles : acétate d'ammoniaque, sirop d'éther ; des oxydants : benzoate de soude. Si l'état général est grave l'on fait des injections sous-cutanées de sérum artificiel ou d'huile camphrée.

Enfin, si la température est élevée et l'adynamie profonde, il faudra recourir à la balnéation. C'est le bain tiède de 28° à 32° qui est prescrit, le bain froid étant à peu près abandonné.

Si le sujet est jeune et vigoureux, l'on donne un premier bain à 30° et les bains suivants à 28°. Quand le malade a dépassé 40 ans, il faut être très prudent dans l'administration des bains, même des bains tièdes.

Le délire, si fréquent dans l'érysipèle, sera traité par les oxydants qui favorisent la diurèse, v. g. benzoate de soude à dose de un drachme avec balnéation froide ou tiède.

Enfin dans les délires très intenses, l'on a recours à l'ancienne méthode du vin opiacé : 2 grains d'extrait thébaïque dans une chopine de vin que l'on donne dans la journée par petites quantités.

Le délire des femmes, qui en général relève de l'état névropathique, est traité par l'extrait de valériane, 1 drachme, ou le bromure de sodium ou de calcium 1 à 2 drachmes, et pour la nuit 15 grains de sulfonal ou de trional.

Les antipyrétiques sont peu utiles. Si le pouls a un caractère intermittent avec montées vespérales, l'on peut prescrire 10 à 15 grains de sulfate de quinine dans la matinée.

L'on donnera l'antipyrine si la fièvre se prolonge après la cessation des manifestations locales.

II. HERVIEUX.

A LIRE

Jugement intéressant la profession médicale.

LE COLLÈGE DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

25

DR AUGUSTE BOURBONNAIS, M.P. au Fédéral.

Monsieur le juge A. Dorion vient de décider qu'un médecin ne peut pas prétendre renoncer à la qualité de membre du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec et en même temps continuer à exercer la profession médicale. Les prétentions du défendeur sont rejetées.

S'il fait telle renonciation, il doit cesser aussitôt l'exercice de sa profession.

Tant qu'il exerce sa profession comme le défendeur l'a fait, le médecin doit payer la contribution de deux dollars par an.

Jugement est en conséquence rendu contre le défendeur pour vingt quatre dollars, avec dépens.

BIBLIOGRAPHIE

Guide de l'Examen Gynécologique, par le Dr L. LÉON ARCHAMBAULT, 1 volume relié de 116 pages, avec 78 figures. Prix, 3 francs. (A. Maloine, libraire-éditeur, 23-25, rue de l'École-de-Médecine, Paris.)

C'est un guide pratique avant tout, destiné aux étudiants et aux médecins peu familiarisés avec les pratiques gynécologiques.

Sans doute, il est toujours facile de soigner une femme qui se plaint de souffrances génitales, mais s'il est facile de la soigner par à peu près, il est souvent très difficile de faire chez elle un diagnostic exact. Or ce livre permet d'avoir une méthode dans l'examen gynécologique et d'arriver à un diagnostic précis.

Ce sont d'abord les diverses phases de l'Interrogatoire qu'on apprendra à faire ; c'est souvent chose difficile chez une femme. Puis l'examen de la partie abdominale, la façon de faire la percussion, et même d'ausculter sont passés en revue ; on saura méthodiquement faire l'inspection des organes génitaux, ce qui permettra de jeter un coup d'œil d'ensemble sur les affections de la vulve. Puis la palpation qui est utile en gynécologie aussi bien qu'en obstétrique, et le toucher, qui est d'une importance si grande dans le diagnostic des maladies des femmes ! Enfin un chapitre spécial est consacré à l'emploi du spéculum, de l'hystéromètre, des dilateurs, des spéculum intra-utérins, etc., en un mot de l'instrumentation.

L'ouvrage se termine par un exposé schématique des affections gynécologiques qu'on rencontre le plus fréquemment, exposé résumé en peu de mots ce dont se plaint la malade et ce que doit trouver le praticien dans telle affection. Il est de plus illustré de plus de 70 planches, ce qui donne une grande clarté et permet de saisir immédiatement toutes les explications. C'est donc un ouvrage didactique et précis qui trouvera sa place dans la bibliothèque d'un médecin ou plutôt sur son bureau, car c'est un *vade mecum*, un livre à consulter à tous les instants.

Conférences pour l'Internat des hôpitaux de Paris, par J. SAULIEU et A. DUBOIS internes des hôpitaux, 30 fascicules gr. in-8 de chacun 48 pages, illustré de nombreuses figures dessinées par les auteurs. Chaque fascicule, 1 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hauteville, Paris.)

MM. Saulieu et Dubois, qui ont publié les *Conférences de l'Externat*, continuent la série commencée, en publiant les *Conférences de l'Internat*, destinées aux élèves plus avancés dans la carrière des concours.

Ici, il est exigé de la part du candidat une méthode plus savante, une abondance plus grande de détails, une pénétration plus approfondie du sujet ; il faut classer les notions acquises et les adapter à un cadre déterminé.

Ces conférences sont des schémas de questions, des plans très développés, des questions quelquefois complètement traitées ; les divisions ont été multipliées à dessein pour permettre une récapitulation rapide et une facile vue d'ensemble.

Chaque conférence comporte quelques conseils destinés à mettre en valeur des points particulièrement importants.

Un index bibliographique indique les travaux auxquels l'étudiant devra se reporter s'il désire développer telle ou telle partie du sujet.

C'est à dessein que les auteurs ont renoncé à la pensée de séparer les questions d'Anatomie et de Pathologie ; ils ont cru préférable de réunir en un même fascicule tout ce qui concerne l'un ou l'autre point de vue.

Voici le sommaire des trente *Conférences pour l'Internat* : I, Larynx et Trachée. — II, Poumons et Plèvre. — III, Cœur. — IV et V, Thorax.

— VI, Crâne et Face. — VII, Œil et Oreille. — VIII, Encéphale. — IX, Moelle. — X, Moelle et Rachis. — XI, Cou et Corps thyroïde. — XII, Langue, Voile du Palais, Amygdales. — XIII, Œsophage et estomac, — XIV, Intestin. — XV, Rectum et Périnée. — XVI, Foie et Voies biliaires. — XVII et XVIII, Abdomen. — XIX et XX, Reins, Urétères, Vessie. — XXI, Organes génitaux de la femme. — XXII, Organes génitaux de l'homme — XXIII, Accouchements. — XXIV et XXV, Membre supérieur. — XXVI, XXVII et XXVIII, Membre inférieur — XXIX et XXX, Maladies générales.

Une table alphabétique détaillée terminera l'ouvrage.

Vient de paraître Bibliothèque Méthodique des livres de Médecine, Chirurgie, Pharmacie, Sciences, 1880-1901, comprenant les ouvrages nouveaux parus à ce jour. Pour recevoir cette bibliographie gratuitement et franco, il suffit d'en faire la demande à la librairie Maloine, 23-25, rue de l'École-de-Médecine, Paris.

Cliniques médicales iconographiques. par M. M. HAUSHALTER, ETIENNE SPILLMAN et THIRY de la faculté de Nancy. Fascicule I. C. Naud, éditeur, 3, rue Racine.

Ce fascicule, grand format, (14 x 11 pcs) est le premier d'une série publiée à brève échéance. Il y aura en tout 62 planches hors texte, comprenant 395 figures se rapportant à près de 300 individus.

Cet atlas a pour but d'assembler quelques-unes des photographies que les auteurs ont recueillies depuis plusieurs années, au jour le jour et au hasard de la clinique.

Ces figures représentent différentes modifications des formes, de l'habitus et de l'attitude, dans les amyotrophies progressives, la paralysie et l'hémiplégie infantiles, les paralysies de la face, les névrites périphériques, la rigidité spasmodique infantile l'hydrocéphalie, la maladie de Basedow, le myxoedème, le rhumatisme chronique, le rachitisme, etc. Plusieurs planches reproduisent les altérations cutanées des maladies générales, des trophonévroses, des dermatoses, de la syphilis, etc. . . .

Cet atlas a le grand mérite de fixer au tableau le trait caractéristique d'une physionomie morbide que la description la plus rigoureuse ne peut pas toujours exprimer avec la lucidité désirable.

Traité de médecine, deuxième édition. Publiée sous la direction des Profs. Bouchard et Brissaud, tome VI et VII — Masson et Cie, éditeurs, 120 Boulevard St-Germain, dix volumes. 150 francs.

La deuxième édition du traité de médecine a été entièrement révisée et augmentée dans de notables proportions. En outre, et pour la commodité des lecteurs, les matières sont réparties en dix volumes qui paraissent successivement. Chaque volume est vendu séparément. C'est un ouvrage de première valeur scientifique. Les collaborateurs sont des maîtres de la médecine contemporaine, si féconde en résultats, et encore si riche d'espérances pour l'avenir.

TABLE ALPHABÉTIQUE 1901.

Auteurs.

A	PAGE.	D	PAGE.
ARCHAMBAULT :—		DAIGLE :—	
La vaccination.....	352	Pleurésie purulente, variétés bactériologiques, pronostic et traitement.....	280
B		L'enseignement de la chimie dans les écoles de médecine....	497
BENOIT :—		DE COTRET :—	
L'hygiène au Congrès de Paris (suite).....	42	Infection puerpérale, sérum de Marmoreck et abcès artificiel... 266	
Le diagnostic précoce des fièvres éruptives.....	91	DE GRANDPRÉ :—	
Le Collège des Médecins et les bénéficiaires de la loi Pinault modifiée par l'amendement Roy.....	375	Alimentation chez le nourrisson	409
Le nouveau mode d'élection du Bureau des Gouverneurs.....	437	DEMERS :—	
BERNIER :—		Comment on meurt après cinquante ans.....	391
Ostéopathie hypertrophiante (en collaboration).....	719	DUBÉ :—	
BERNHEIM :—		La mortalité infantile et les moyens de la diminuer.....	12
La médication phospho-créosotée dans la tuberculose....	154, 198	Congrès contre la tuberculose tenu à Ottawa.....	166
La cure alimentaire du tuberculeux.....	605	Lymphadénie leucémique.....	214
BOULET :—		Tuberculose et hérédité.....	470
Les siousites aiguës et chroniques.....	737	Fièvre typhoïde chez un bébé de quatre mois et onze jours... 540	
BOUCHER :—		La constipation, ses causes et son traitement.....	597
L'œuvre de la Goutte de lait....	249	Troisième Congrès d'obstétrique et de pédiatrie tenu à Paris 1901.....	762
C		Les étudiants en médecine de langue française et de langue anglaise.....	704
CHAGNON :—		F	
Note sur un cas d'intervention gynécologique chez une aliénée	263	FORTIER :—	
Note sur la période terminale de la paralysie générale.....	460	L'obstruction nasale et ses conséquences.....	67
11 ^e Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et de pays de langue française... 570,	630	H	
CHOPIN :—		HARWOOD :—	
Analyse chimique des eaux potables au point de vue hygiénique.....	339	Caroncules de l'urèthre.....	31
		Grossesse extra-utérine.....	521

Auteurs.

	PAGE.		PAGE.
HERVIEUX :—		M	
Traitement des pleurésies.....	36, 102, 161	MARIEN :—	
La grippe.....	239	L'Ostéotomie trochantérienne...	207
Traitement de la dysenterie.....	290	Tumeurs du sein et leur traitement.....	587
Traitement de la coqueluche...	356	Cancer intestino-péritonéal (en collaboration).....	731
Traitement de la diarrhée infantile.....	424	MERCIER, O. F. :—	
Traitement du rhumatisme articulaire aigu.....	470	Un cas de hernie inguinale à double sac.....	78
Traitement du rhumatisme chronique.....	548, 757	MERCIER, A. F. :	
Traitement des bronchites aiguës et chroniques.....	615, 748	L'antikamnia, la térébenthine et le sérum de Marmoreck dans l'infection puerpérale.....	431
Vaccination et revaccination...	666	La sphingomanométrie clinique et le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire...	463
L		Maladie de Hanot à forme splénomégalique chez une jeune fille de quatorze ans et demie (en collaboration).....	532
LABERGE :—		Ostéopathie hypertrophiante (en collaboration).....	719
Organisation du bureau de santé de Montréal en rapport avec les maladies contagieuses.....	670	P	
LACHAPELLE, E. P. :—		PARIZEAU :—	
Les maladies contagieuses, l'hygiène et les pouvoirs publics....	131	Luxation du testicule.....	87
Prophylaxie de la tuberculose..	348	PRÉVOST :—	
LACHAPELLE, S. :—		Considérations et statistiques sur la mortalité infantile.....	146
Tuberculose pulmonaire et non héritée.....	246	R	
LEGUEU :—		RIVET :—	
Du choix de l'opération dans le traitement des inflammations chroniques des annexes.....	327	Recherche de l'albumine dans l'urine.....	554, 692
LE SAGE :—		S	
Purpura hémorragique par auto-intoxication.....	27	ST-JACQUES :—	
Le projet d'hôpital pour les maladies contagieuses à Montréal.	175	Cancer intestino-péritonéal (en collaboration).....	731
Le traitement de la fièvre typhoïde à l'hôpital Notre-Dame.	226	V	
L'institut vaccinal de Montréal.	252	VALIN :—	
L'appendicite à l'Académie de Médecine de Paris.....	296	Tabès dorsal spasmodique chez un adulte.....	651
Les traitements de l'alcoolisme chronique.....	365	VILLENEUVE :—	
Maladie de Hanot à forme splénomégalique chez une jeune fille de quatorze ans et demie (en collaboration).....	532	De l'intervention judiciaire en matières d'honoraires professionnels à propos d'une décision récente.....	3
La tuberculose au Congrès de Londres... ..	556, 620	De la sortie compulsive, des asiles d'aliénés, des maniaques périodiques pendant les intermittences de la maladie.....	455
Anesthésie chirurgicale, chloroforme, éther.....	632	Danger social de la syphilis....	485

Matières.

A	PAGE.	B	PAGES.
<i>Abcès péri—appendiculaire et calcul.</i>	384	<i>Banquet de la Société Médicale de Montréal</i>	707
<i>Abcès artificiels dans l'infection puerpérale.</i>	266-431	<i>Bleennorrhagie et eau oxygénée.</i> ...	316
<i>Acide carbonique: de l'alcool dans l'empoisonnement par l'—</i>	713	<i>Bromures dans le traitement de l'épilepsie</i>	316
<i>Accouchement forcé pour insertion vicieuse du placenta.</i>	385	<i>Bronchites aiguës, traitement des</i>	259, 324, 615
<i>Accouchement, retard de l'—causé par la lèvre antérieure de l'orifice utérin.</i>	188	<i>Bronchites chroniques, traitement des</i>	757
<i>Alcool dans l'empoisonnement par l'acide carbonique.</i>	713	<i>Bur. au des Gouverneurs. Le nouveau mode d'lection du—</i>	437
<i>Alcool chez le nourrisson.</i>	447	<i>Bureau de Santé. Organisation du—de Montréal en rapport avec les maladies contagieuses.</i>	670
<i>Alcoolisme chronique, les traitements de l'—</i>	365	C	
<i>Albumine recherche de l'—dans l'urine.</i>	554-662	<i>Cachets anti-névralgiques.</i>	193
<i>Alimentation l'— chez le nourrisson.</i>	409	<i>Calomel chez les enfants.</i>	313
<i>Aliène, intervention gynécologique chez une.</i>	263	<i>Calcul biliaire, extrait de la vésicule par cholécystotomie.</i>	384
<i>Anévrismes de l'aorte, contribution au traitement des—par la gélatine.</i>	712	<i>Cataracte du nez</i>	645
<i>Anesthésie chirurgicale.</i>	682	<i>Caroncules de l'urèthre.</i>	81
<i>AntiKamnia, térébenthine et sérum de Marmoreck dans l'infection puerpérale.</i>	266-431	<i>Cancer, traitement du — par la nectrianine.</i>	315
<i>Amexes, du choix de l'opération dans le traitement des inflammations chroniques des—</i>	327	<i>Cancer de larynx, le diagnostic anatomo-pathologique. Du—</i> ...	114
<i>Appendiculaire, vomito-negro—</i> ...	308	<i>Cancer intestino-péritonéal.</i>	731
<i>Appendicit l'—à l'Académie de Médecine de Paris.</i>	296	<i>Capsules surrénales, extrait de—dans les maladies du cœur</i>	190
<i>Le traitement de l'—</i>	185	<i>Cérumen et crise épileptiforme.</i> ...	126
<i>Apophyse mastoïde, pourquoi faut-il réparer l'—</i>	62	<i>Chimie. L'enseignement de la—dans les écoles de médecine.</i> ...	497
<i>A tério-sclérose cérébrale, traitement de l'— par le sérum inorganique</i>	713	<i>Chloréthane. Le—comme hypnotique chez les aliénés.</i>	517
<i>Association, projet d'—des médecins de langue française de l'Amérique du Nord.</i>	696	<i>Chorée gravidique. La—</i>	385
<i>Association médicale du district de Trois-Rivières</i>	495	<i>Chloroforme.</i>	682
<i>Asthme, formulaire clinique.</i>	515	<i>Chorée de Sydenham et son traitement</i>	313
<i>Auto-intoxication, purpura hémorragique par—</i>	27	<i>Circoncision et hérédité</i>	126
<i>Bandage abdominal dans le travail de l'accouchement.</i>	188	<i>Congrès de Londres, contre la tuberculose.</i>	556, 620
		<i>Congrès. Le—d'Ottawa, contro la tuberculose.</i>	166
		<i>Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.</i>	570, 630
		<i>Congrès périodique de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie</i>	762

Matières.

PAGE.		PAGE.
	<i>Collège des Médecins et les bénéficiaires de la loi Roy.....</i>	375
	<i>Constipation. Les causes et son traitement.....</i>	597
	<i>Cors aux pieds.....</i>	945
	<i>Coqueluche. Le traitement de la—</i>	118, 324, 356, 645
	<i>Coliques hépatiques, traitement médical préventif des—.....</i>	
	<i>Coliques hépatiques à répétition....</i>	190
	<i>Crampes dans les jambes, traitement—.....</i>	314
	<i>Crevasses du sein.....</i>	645
	<i>Croup. Le traitement du faux—..</i>	638
	<i>Cyto-diagnostic, le—.....</i>	
	<i>Cystite chronique, traitement de la—par le gargarisme de l'uréthre postérieur.....</i>	512
	D	
	<i>Déchirure du périnée.....</i>	444
	<i>Délivrance artificielle.....</i>	444
	<i>Dermatite ou pseudo-érysipèle atropinique.....</i>	187
	<i>Diarrhée chez l'enfant.....</i>	645
	<i>Diabète et levure de bière.....</i>	512
	<i>Digitalis effets physiologiques et thérapeutiques de la—et de ses principes actifs.....</i>	118
	<i>Diarrhée infantile. Traitement de la—.....</i>	424
	<i>Douleurs d'origine gastrique.....</i>	512
	<i>Dysenterie. Traitement de la—</i>	319, 290
	<i>Dyspepsie flatulente et crises gastralgiques.....</i>	259
	E	
	<i>Eaux potables. Analyse chimique des—.....</i>	339
	<i>Eau oxygénée, dans la blennorrhée.....</i>	316
	<i>Eaux, purification des—.....</i>	319
	<i>Epilepsie, traitement de l'—par la méthode de Fléclisz.....</i>	511
	<i>Epilepsie. La dose suffisante de bromures dans le traitement de l'—.....</i>	316
	<i>Epithélioma de la face, traitement de l'—.....</i>	384
	<i>Erysipèle, Nouvelle contribution à l'étude de l'—.....</i>	779
	<i>Ether.....</i>	682
	F	
	<i>Ficelle, tic douloureux de la—.....</i>	512
	<i>Ficelle, épithélioma de la —.....</i>	324
	<i>Fèvre scarlatine.....</i>	714
	<i>Fèvre typhoïde. Un cas de—sans lésions intestinales.....</i>	640
	<i>Fèvre typhoïde chez un bébé de quatre mois et onze jours.....</i>	540
	<i>Fèvre typhoïde, procédés de laboratoire dans le diagnostic pratique de la—.....</i>	382
	<i>Fèvre typhoïde. Le traitement de la—à l'hôpital Notre-Dame.....</i>	226
	<i>Fèvres éruptives, diagnostic précoce des—.....</i>	91
	<i>Fèvre, faut-il traiter la—?.....</i>	118
	<i>Folie gémeillaire, deux cas de—... 505</i>	
	<i>Fractures. Sur la réduction des fractures.....</i>	503
	G	
	<i>Gale, traitement de la—chez l'enfant.....</i>	509
	<i>Gastralgie.....</i>	324
	<i>Gélatine. Les injections sous-cutanées de—dans le traitement des anévrysmes de l'aorte.....</i>	713
	<i>Goutte. Le traitement de la—.....</i>	713
	<i>Goutte de lait. L'œuvre de la—.....</i>	249
	<i>Grièpe. La—.....</i>	239
	<i>Grossesse extra utérine.....</i>	521
	H	
	<i>Hanot. Maladie de—à forme splénomégalytique chez une jeune fille de 14½ ans.....</i>	532
	<i>Hémorrhoides, traitement des—... 388</i>	
	<i>Hernie inguinale à double sac.....</i>	78
	<i>Honoraires professionnels, de l'intervention judiciaire en matières d'—à propos d'une décision récente.....</i>	3
	<i>Hygiène, l'—au congrès de Paris (suite).....</i>	42
	<i>Hyperchlorhydrie, traitement de l'—.....</i>	448
	<i>Hystérectomie abdominale dans l'infection puerpérale.....</i>	309

Matières.

I		N	
	PAGE.		PAGE.
<i>Idiotie, anatomie pathologique de l'—</i>	58	<i>Nasale, obstruction— et ses conséquences</i>	67
<i>Infection puerpérale, traitement de l'—</i>	715	<i>Nectrianine. La—dans le traitement du cancer</i>	315
<i>Infection puerpérale, sérum de Marmoreck et abcès artificiels dans l'—</i>	266	<i>Nodules rocaux</i>	144
<i>Infection puerpérale, hystérectomie abdominale dans l'—</i>	309	<i>Nourrices, thérapeutique chez les — dans ses rapports avec la sécrétion lactée</i>	507
<i>Influenza</i>	307	<i>Nourrisson. L'alimentation chez le—</i>	409
<i>Institut vaccinal de Montréal</i>	252	<i>Nourrisson. L'alcool chez le—</i>	447
<i>Iode</i>	122	O	
J		<i>Obstétrique, Congrès périodique d'</i>	762
<i>Jus de viande, préparation du—et ses effets thérapeutiques dans la tuberculose pulmonaire</i>	642	<i>Obstruction nasale et ses conséquences</i>	67
L		<i>Oème pulmonaire</i>	113
<i>Lait, l'œuvre de la Goutte de —</i>	249	<i>Ophthalmie purulente. Traitement de l'— des nouveaux-nés</i>	505
<i>Lecture de bière dans le diabète</i>	512	<i>Ostéotomie trochantérienne</i>	207
<i>Lotion stomacalique et laxative</i>	193	<i>Ostéopatie hypertrophique</i>	719
<i>Lymphadénie leucémique</i>	214	<i>Oxyures. Traitement des—</i>	570
M		P	
<i>Maladies contagieuses Les—l'hygiène et les pouvoirs publics</i>	131	<i>Paralysie générale. Sur la période terminale de la—</i>	460
<i>Maladies contagieuses, projet d'hôpital pour les—</i>	175	<i>Pédiatrie, Congrès d'obstétrique et de</i>	762
<i>Maniques périodiques, de la sortie compulsive, des asiles d'aliénés, des— pendant les intermit- tences de la maladie</i>	455	<i>Pelade</i>	450
<i>Massage au pétrole dans le rhumatisme articulaire aigu franc</i>	316	<i>Perméabilité rénale et catéthé- risme de l'urètre, valeur com- parative des méthodes d'explo- ration</i>	577
<i>Médecines patentées Les—</i>	195	<i>Périnée, déchirure du—</i>	444
<i>Médicaments, influence de la forme d'administration des—</i>	512	<i>Permanganate de potasse, dans la désinfection</i>	126
<i>Membranes, rétention des—après l'accouchement</i>	444	<i>Perversions sexuelles obsédantes et impulsives au point de vue mé- dico-légal</i>	53
<i>Méningite cérébro-spinale suppu- rée, traitement de la—</i>	118	<i>Pétrole. Le— dans le rhumatisme articulaire aigu franc</i>	316
<i>Migraine</i>	515	<i>Placenta. Accouchement forcé pour insertion vicieuse du— avec hémorragie</i>	385
<i>Mortalité infantile, considérations et statistiques sur la—</i>	146	<i>Pleurésies purulentes, variétés bac- tériologiques, pronostic et trai- tement</i>	161, 280
<i>Mortalité infantile, moyens de ré- duire la—</i>	12	<i>Pleurésies séro-fébrineuses, traite- ment</i>	36, 102
<i>Muguet, traitement du—</i>	189	<i>Pneumonie, traitement de la—par le sérum diphtérique</i>	641
<i>Myélite aiguë, nature et traitement de la—</i>	118		

Matières.

PAGE.	PAGE.
<i>Potion anti-vomitiva</i>	193
<i>Puberté</i> . Les psychoses de la—...	58
<i>Purpura hémorrhagique</i> par auto-intoxication.....	27
<i>Pupille</i> . Le signe de la—et la dose suffisante de bromures dans le traitement de l'épilepsie.....	316
Q	
<i>Quinine</i> dans les tumeurs malignes récidivantes.....	579
R	
<i>Rachicorvinisation</i> , technique de la—.....	576
Deux cas de mort par—.....	778
<i>Rhino-pharyngites</i>	450
<i>Rhinites spasmodiques</i>	114
<i>Rhumatisme articulaire aigu</i> . Le—	581
<i>Rhumatisme</i> . Le pétrole dans le—	316
<i>Rhumatisme chronique</i> , traitement du—.....	548
<i>Roy</i> . Le collège des médecins et les bénéficiaires de la loi.....	375
S	
<i>Saignée</i> . Indication de la—.....	118
<i>Santonine</i> . La—dans les crises fulgurantes tabétiques... ..	641
<i>Sclérose otique</i> . Le traitement de la—.....	114
<i>Sécrétion lactée</i> chez les femmes, considération sur la—.....	311
<i>Sérum anti-venimeux</i>	126
<i>Sérum de Marmoreck</i> , antikamnia, etc., dans l'infection puerpérale.....	266, 431
<i>Sérum diphtérique</i> , traitement de la pneumonie par le—.....	641
<i>Sinusites aiguës et chroniques</i>	757
<i>Société Médicale de Montréal</i> . rapports des séances de la—655, 774, 776, 70, 50, 109, 169, 255, 305, 369	
<i>Société Médico-psychologique</i> de Québec.....	493
<i>Spécialistes et Médecins</i>	126
<i>Sphygmomanométrie</i> clinique et le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire.....	461
<i>Stase alimentaire</i> et décubitus latéral droit.....	443
<i>Syphilis</i> . Le microbe pathogène de la—.....	639
Danger social de la—.....	485
<i>Syphilitique</i> . La typhose—.....	184
T	
<i>Tabès dorsal spasmodique</i> chez un adulte.....	651
<i>Testicule</i> , luxation du—.....	87
<i>Tétanos traumatique</i>	316
<i>Thyroïdectomie</i> dans la maladie de Graves.....	442
<i>Typhose</i> . La— syphilitique.....	184
<i>Toux</i> et ses causes chez les enfants.....	580
<i>Tuberculeux</i> , cure alimentaire du—	685
<i>Tuberculose</i> . La—au congrès de Londres et d'Ottawa.....166, 556, 620	
Hérédité et—.....	470
Non hérédité et—.....	246
<i>Sphygmomanométrie</i> et le diagnostic précoce de la—.....	463
Traitement de la— et des affections respiratoires chroniques par les injections trachéales.....	515
Médication phospho-créosotée dans le traitement de la—	154, 198
Prophylaxie de la—	348
Transmission à travers le placenta du bacille de la—.....	189
<i>Tumeurs du sein</i> et leur traitement.....	587
U	
<i>Ulcère chronique</i> , méthode d'élongation trophique dans l'—.....	579
<i>Urèthre</i> , caroncules de l'—.....	18
V	
<i>Vaccination et revaccination</i>	666
<i>Vaccination</i> , la—.....	352
<i>Vaccinal</i> . Institut — de Montréal	252
<i>Vagissements</i> intra-utérins.....	644
<i>Variole</i> , traitement de la—.....	190
<i>Verrues vulgaires</i> , traitement radical des—.....	118
<i>Vomito-negro appendiculaire</i>	308

Bibliographie.

A	PAGE.	G	PAGE.
ARCHAMBAUD.—Traitement de la coxalgie par la mécanothérapie sans immobilisation au lit.....	647	GAUBE.—Cours de minéralogie biologique.....	515
ARCHAMBAULT.—Principes de diagnostic gynécologique.....	647	GILLES de la TOURETTE.—Le traitement pratique de l'épilepsie.	196
B		GRASSIE.—Diagnostic des maladies de l'encéphale.....	648
BRAUREGARD.—Matière médicale zoologique—histoire des drogues d'origine animale.....	716	L	
BICCIAT.—Anatomia générale appliquée à la physiologie et à la médecine	196	LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU.—Traité médico-chirurgical de gynécologie.....	452
BOUCHARD et BRISSAUD.—Traité de Médecine, deuxième édition.....	783	LEFFERT.—Aide-mémoire des maladies de l'intestin. Aide-mémoire de neurologie et des maladies du cœur, 11 vol.	196
BOUTIGNY.—Tableaux synoptiques d'anatomie topographique et chirurgicale.....	196	LIPPMAN.—Le pneumocoque et les pneumococies.....	196
BUDIN.—Le nourrisson.....	582	P	
C		PAUCHET.—Chirurgie des voies biliaires.....	64
CALOT.—Les maladies qu'on soigne à Berch-sur-Mer	515	PÉGRIER.— Traitement rationnel de la tuberculose pulmonaire... ..	515
CHAMPEAUX.—Tableaux synoptiques d'exploration chirurgicale des organes.....	648	PLICQUE.—Traitement des névralgies et névrites.....	648
CHANTEMESSE.—Les processus généraux.....	716	PUECH et FROMAJET. — Précis d'ophtalmologie.....	61
CHARDIN.—L'électricité et la thérapeutique moderne.....	515	S	
CORNIL et RANVIER.— Manuel d'histologie pathologique, 1er volume.....	260	SAULIEU et DUBOIS.—Conférence pour l'internat des hôpitaux de Paris, en 30 fascicules.	782
CRESPIN.—Comment on se défend contre les maladies coloniales..	515	St-HILAIRE. — La surdi-mutité, étude médicale.....	128
D		SPILLMAN, HAUSHALTER et THIERY.—Cliniques médicales iconographiques.....	783
DELAMARE et GARNIER.—Dictionnaire des termes techniques de médecine.....	648	T	
DELPECH.—La goutte et le rhumatisme.....	515	TERRIER.—Chirurgie du foie et des voies biliaires. Manuel de petite chirurgie.....	648
DUBONT.—Tableaux synoptiques de bactériologie médicale.....	196	TRIBOULET et MATHIEU.—L'alcool et l'alcoolisme	647
DUBOIS et SAULIEU.—Conférence pour l'internat des hôpitaux de Paris, en 30 fascicules.....	772		