

PAGES

MANQUANTES

NOVEMBRE 1902

SOMMAIRE

MÉMOIRES

- 97 — De l'insuffisance rénale (suite)..... *Brochu.*
115 — Cure radicale d'un cas de polype fibreux naso-pharyngien et d'une otorrhée chronique ancienne compliquée de paralysie faciale et de vertige..... *Viollet.*
122 — Utérus double avec cloisonnement partiel du vagin..... *Ahern.*
138 — Les courants de Morton et quelques unes de leurs principales applications en médecine. *Verge.*

ANALYSES

MÉDECINE

- 133 — Les injections de paraffine pour la cure du prolapsus anal chez les enfants, et de l'incontinence après extirpation complète [du rectum..... *P. C. D.*
133 — Le Méningisme..... *J. L.*
125 — Sur le traitement de l'hémiplégie par l'éducation des voies nerveuses de la motilité... *A. S.*
137 — Traitement par le sérum du rhumatisme articulaire chronique et aigu..... *W. H. D.*
138 — De la prostatopexie sub-périnéale ou luxation de la prostate hors de la loge, comme traitement de l'hypertrophie de la prostate. *E. L.*

SOCIÉTÉS MÉDICALES

- 140 — Société Médicale de Québec..... *Dorion.*

REVUE ANALYTIQUE

- 143 — Nouvelles et variétés..... *C. V.*

144

NÉCROLOGIE.

Cie des Médecines Patentées Françaises

130, RUE ST-DENIS, MONTREAL.

INSTRUMENTS DE CHIRURGIE FRANÇAIS

Qualité irréprochable.

Sécurité absolue.

DOCTEURS !

LORSQUE VOUS ACHETEZ VOS INSTRUMENTS
IL EST NÉCESSAIRE QU'ILS VOUS DONNENT
COMPLÈTE GARANTIE, SÉCURITÉ ABSOLUE.

SEULS LES INSTRUMENTS

MATHIEU DE **PARIS**

REMPLISSENT CES CONDITIONS, PARCE QUE

- 1° Leur qualité, leur trempe sont supérieures.
- 2° Qu'il ne s'altèrent ni ne se détériorent jamais.
- 3° Qu'ils durent une vie et plus.
- 4° Qu'ils ne nécessitent pas les coûteuses et fréquentes réparations des instruments à BON MARCHÉ.
- 5° Qu'ils libèrent l'opérateur de toute inquiétude quant à la solidité de son instrument.
- 7° Qu'ils sont forgés à la main si non à la machine, c'est-à-dire travaillés un à un et soigneusement finis dans toutes leurs parties, alors que l'instrument bon marché est bâclé à la grosse.

Avant d'acheter, souvenez-vous que le bon marché revient toujours très cher.

DEMANDEZ PRIX ET CATALOGUE

MEMOIRES

DE L'INSUFFISANCE RENALE (1)

Par le docteur D. BROCHU,

(Professeur de Pathologie interne, à l'Université Laval,
Médecin de l'Hôtel-Dieu de Québec.)

(Suite)

Un autre élément important à apprécier, au cours de la néphrite chronique, c'est la cachexie brightique, dont les premiers signes sont la pâleur, l'anémie, plus ou moins profonde, se complique le plus souvent de dégénérescence cardiaque, de lésions pulmonaires ou d'une altération des organes de l'hématopoïèse. L'apparition des signes de la cachexie confirmée indique que l'individu a perdu toute chance dans la lutte et que les moindres dérangements accidentels pourront précipiter le dénouement fatal.

*
* *

Je n'entrerai pas dans la description de chacun des grands symptômes du brightisme et des accidents de l'urémie non plus que des complexus morbides déterminés par les complications organiques qui viennent s'y ajouter, à une certaine période : ce serait dépasser le cadre que je me suis tracé et empiéter sur le terrain des traités classiques.

Je ne puis m'empêcher, cependant, de faire ressortir toute l'importance qu'il y a, dans la pratique, vis-à-vis de ces syndromes compliqués, de faire la part de *l'insuffisance rénale*, ou de *l'urémie simple*, et de celle *des lésions organiques*. Il y va surtout du pronostic et des chances du traitement. Il me sera

1 Travail présenté au premier Congrès de l'Association des Médecins de langue française, tenu à Québec, les 25, 26 et 27 juiu 1902.

*
* *

permis pour aider à cette démonstration, de me servir de quelques exemples qui résumeront un ensemble de faits d'observation empruntés à la clientèle journalière.

Vous vous trouvez, je suppose, en présence d'un malade qui n'a éprouvé pendant longtemps que quelques-uns des petits accidents du brightisme ; plus récemment, il a pu remarquer de la pâleur de l'essoufflement ainsi que des œdèmes fugaces et localisés. Mais on n'a pris la peine de vous appeler, en dernier lieu, pour la première fois, que parce que des crises d'une dyspnée plus intense et paroxystique sont survenues, qui étaient bien propres à réveiller des appréhensions chez le malade.

Un tel sujet, dont les antécédents et la physionomie trahissent un état brightique confirmé, peut bien n'avoir, comme symptôme dominant, qu'une dyspnée *fonctionnelle* ou d'origine *urémique*, par l'action sur les centres nerveux des poisons absorbés en excès.

D'un autre côté, ce même sujet pourrait bien en être rendu à cette étape où les œdèmes se localisent dans le tissu pulmonaire, avec ou sans épanchement dans les plèvres ; aussi bien encore, pourrait-il être sous le coup d'une crise d'asystolie cardiaque par suite d'une myocardite dégénérative ou d'une péricardite avec épanchement comme on peut s'attendre de l'observer dans le cours du brightisme.

Il sera donc essentiel, dans une telle circonstance, de faire la part de ce qui n'appartient qu'à l'insuffisance pure ou à l'urémie, et de ce qui relève, au contraire, des complications organiques : le pronostic et les chances du traitement en seront complètement modifiés.

Si, par la recherche des signes physiques, vous arrivez à éliminer toute idée de complications organiques du côté du cœur ou des poumons, vous vous arrêterez au diagnostic d'une dyspnée

toxique ou d'origine urémique. Le pronostic sera favorable, surtout si vous découvrez que la toxémie dérive d'écarts d'alimentation qu'il vous sera si facile de prévenir : votre patient, étant averti, et s'il s'astreint à une régime approprié, pourra échapper, pendant une assez longue période, aux grands accidents de l'urémie, dont la dyspnée par accès pouvait être considérée comme le signe avant-coureur.

Pendant les crises paroxystiques, la morphine, associée ou non à l'ipécacuahna ou aux inhalations d'oxygène, apportera un soulagement, le plus souvent immédiat. Puis les lavages de l'estomac et de l'intestin, la diète hydrique, ou lactée, tariront promptement les sources de l'auto-intoxication alimentaire, et l'individu, s'il n'est rendu à l'âge où l'artériosclérose est à craindre, pourra revenir à un état de santé qui donnera même l'idée d'une guérison complète. Mais cette guérison ne sera qu'apparente aux yeux du médecin éclairé, pour lequel une néphrite chronique est chose indélébile, bien que compatible, à un certain degré, avec une compensation dans les fonctions physiologiques des reins : cet état n'en constitue pas moins une imminence morbide permanente contre laquelle il importe d'être prémuni.

L'appréciation de la part qui revient à l'insuffisance rénale vous sera non moins intéressante dans l'observation des syndromes compliqués de maladies organiques.

Nous supposons, ici encore, le fait que vous vous trouvez en présence d'un sujet, dont l'histoire rappellera les mêmes antécédents de brightisme, avec cette différence que l'arterio-sclérose aura déjà atteint non seulement ses reins mais le cœur et certaines parties du système artériel ; supposant également qu'il présente les mêmes symptômes d'essoufflement, et d'œdèmes auxquels sera venue s'associer une dyspnée paroxystique comme symptôme prédominant. Il est bien évident que le pronostic sera loin d'être aussi favorable que dans le premier cas.

Mais si l'on vous apprend en même temps que ce malade, atteint d'un état brightique méconnu, n'a pas encore été soumis à aucun régime particulier, il vous sera facile, tout en tenant compte des lésions organiques, de faire la part des causes accidentelles — écarts, aliments nuisibles, etc, — qui, chez les sujets dont les reins sont en défaut, produisent si souvent la toxémie par auto-intoxication et provoquent les crises dyspnéiques. Ici encore, comme dans le premier exemple que nous avons cité, la détermination d'un régime approprié, associé à quelques médicaments toni-cardiaques ou diurétiques, donnera bien des chances de faire disparaître promptement la dyspnée et même les œdèmes, et de rétablir, pour un temps assez long, la compensation dans le rôle physiologique du cœur et des reins ; mais ces organes n'en resteront pas moins altérés d'une manière indélébile, et une grande réserve s'imposera dans votre pronostic.

Il ne serait pas exagéré de dire que bon nombre de ces sujets sont pris à première vue pour de simples cardiaques ou des cardio-aortiques : mais ce sont véritablement les reins plutôt que le cœur qui ont été primitivement en cause.

Supposons le fait, d'un autre côté, que vous soyez mis en présence d'un sujet dont la dyspnée paroxystique et les troubles cardio-pulmonaires sont également des symptômes prédominants comme dans les deux exemples précédents. Si, dans ce même cas, l'auscultation vous révèle un œdème de la base des poumons avec ou sans épanchement, quelques signes de la dégénérescence du cœur — arythmie, disparition du premier bruit — si, en même temps, l'arterio-sclérose est plus ou moins généralisée, la cachexie brightique déjà manifeste, vous ne pouvez guère espérer rétablir chez un tel sujet, la compensation ni du cœur ni des reins.

Si, l'on vous apprend, de plus, que ce patient, depuis

longtemps averti de son insuffisance rénale, a été soumis au régime lacté pendant une longue période, sans résultats appréciables, votre pronostic sera encore plus défavorable. Un tel malade est voisin des complications ultimes ; vous ne pouvez attendre rien de valable au point de vue de la thérapeutique ; il vous sera facile de prédire au contraire que, malgré vos soins, il tombera victime, un jour ou l'autre, des accidents les plus graves de la maladie de Bright—l'asystolie rénale ou cardiaque, la syncope, le coma urémique, les épanchements ou les hémorragies dans les ventricules du cerveau, etc.

Que ne pourrais-je pas dire ici de cette classe de sujets, aux quels s'attache un si grand intérêt pour le praticien,—jeunes filles victimes d'une néphrite mal éteinte, et dont la physiologie ne reflète, à première vue, que le masque de l'anémie ou de la chlorose—chloro-brightisme de Dieulafoy, pseudo-chlorose brightique de M. Huchard ? Ce sont là des cas assez fréquents dans la clientèle et qui portent à de sérieuses méprises dans l'observation clinique, si l'esprit du médecin n'est pas prévenu sur ces symptômes dissociés du brightisme ou sur l'évolution quasi latente de certaines néphrites chroniques.

En effet, chez de tels sujets, le traitement par les ferrugineux, à hautes doses, les vins généreux, par l'alimentation carnée, les viandes saignantes, les extraits de bœuf concentrés, loin d'améliorer l'état général, tendent plutôt à accentuer davantage les troubles de l'auto-intoxication et produisent l'aggravation des symptômes de l'anémie, quand, au contraire, l'insuffisance rénale, une fois dépistée, le régime lacté, ou le régime mixte lacto-végétarien, non seulement dissipe les malaises, mais ranime les sujets épuisés. Personne, plus que M. le Prof. Dieulafoy, n'a nettement mis en lumière les rapports du brightisme avec cette variété d'anémie ou de chlorose ; personne n'en a fait ressortir,

d'une façon aussi saisissante, des enseignements plus justes et plus utiles.

*
* *

L'urémie cérébrale est une autre manifestation de l'insuffisance rénale qui mérite d'attirer le plus l'attention du médecin praticien. On peut la voir apparaître à toutes les périodes de l'évolution des néphrites ; et les formes qu'elle revêt sont des plus variées. Elle prend le masque : tantôt des névroses, de l'épilepsie, dans ses formes convulsives, qui sont les mieux connues ; tantôt de l'alinéation mentale, dans les différentes variétés de délire ou de manie, d'obnubilation intellectuelle pouvant simuler la démence chez les vieillards ; tantôt des maladies organiques du cerveau, hémiplégie avec ou sans apoplexie, simulant l'hémiplégie et l'hémorragie cérébrale, (hémiplégie droite avec aphasie, simulant l'embolie de l'artère sylvienne gauche) hémiplégie avec convulsions épileptiformes, monoplégies avec ou sans épilepsie jacksonniennes, simulant une lésion corticale des circonvolutions motrices, (aphasie quelquefois sans hémiplégie.)

Voilà autant de syndromes qui relèvent le plus habituellement des maladies organiques, d'origine artério-scléreuse ; mais on les rencontre également associés aux néphrites, chez les sujets avancés en âge ou même encore jeunes, de par le fait de l'insuffisance rénale ou de l'empoisonnement urémique. Cette pathogénie il faut bien l'avouer, reste très souvent méconnue. Raymond, Rendu, Ballet, Dieulafoy ont rapporté des cas assez nombreux de paralysies curables ou mortelles, hémiplégiques ou partielles, avec ou sans aphasie, avec ou sans convulsions, qui ne tenaient à aucunes lésions organiques des centres nerveux. Il faut admettre, dans ces cas, que les accidents paralytiques sont dus soit à l'œdème, soit à l'intoxication urémique d'un territoire cérébral délimité : l'œdème et l'urémie pouvant également supprimer la fonction, en produisant

par un mécanisme spécial à chacun l'anémie du territoire affecté. Les faits apportés par Carpenter, Raymond, Chantemesse Tennesson, d'ailleurs contrôlés par des autopsies, ne laissent plus de doutes à ce sujet.

L'urémie *déliirante* est une autre manifestation de l'insuffisance rénale qui peut reproduire toutes les formes de l'aliénation mentale : depuis le délire aigu avec excitation hallucinations de la vue de l'ouïe, jusqu'aux formes mélancoliques hypémaniaques, avec phobies, idées de persécution etc. Ces formes délirantes constituent la *folie brightique*, comme on l'a désignée ; elles ne sont pas l'un des rapports les moins intéressants à étudier dans l'histoire de l'insuffisance du rein ou des néphrites chroniques ou latentes. Il est facile de pressentir combien grande est l'importance d'être prévenu de ces formes insidieuses de l'urémie cérébrale afin de ne pas être exposé à faire enfermer, comme aliéné, dans un asile, un malade qui ne serait en somme qu'un brightique, justiciable du traitement de l'insuffisance rénale, et d'un régime préventif de l'empoisonnement urémique. MM. Dieulafoy et D. Fieury ont été témoins de plusieurs cas de ces méprises regrettables. On entrevoit ici également, comme nous l'avons fait ressortir, pour d'autres syndromes, l'intérêt qui s'attache à la recherche systématique des antécédents du brightisme et à l'appréciation du fonctionnement de l'émonctoire rénal, chaque fois que l'on se trouve en présence d'un sujet atteint d'une forme quelconque de l'aliénation mentale. C'est dans ces cas, surtout, que les nouvelles méthodes biologiques de l'examen des fonctions du rein trouvent leur principale application et peuvent rendre les services les plus signalés.

Les manifestations délirantes, de l'insuffisance rénale coïncident parfois avec un ensemble de symptômes brightiques qui enlèvent toute difficulté pour le diagnostic. Mais le délire urémique ne survient pas seulement dans les néphrites avancées : il peut

apparaître alors que le sujet n'est encore entaché que de la petite urémie, à la période initiale du brightisme. Force est de tenir compte, pour expliquer ce phénomène, des causes *prédisposantes*—l'hérédité de dégénérescence, les états névropathiques antérieurs, ainsi que des causes *excitantes*—excès alcooliques, surmenage intellectuel, émotions morales profondes : ce sont là autant de causes qui contribuent à faire éclore d'une manière précoce, ou à exagérer, les troubles délirants chez les brightiques.

L'un des cas, de plus d'intérêt, que je pourrais citer, pour mettre en lumière l'influence du défaut de la dépuration urinaire sur les troubles de l'intelligence et la détermination des syndromes rappelant les maladies organiques du cerveau, serait le suivant :

Un vieillard âgé de 71 ans, adonné depuis longtemps à l'abus des boissons alcooliques, fut pris tout-à-coup de délire aigu avec excitation maniaque. Cet état de folie aiguë, qui ne présentait aucune des hallucinations du délire alcoolique, persista pendant près de trois semaines et fut suivie d'une période de dépression générale avec une confusion mentale très marquée. L'un de nos collègues, le plus compétent dans les maladies mentales, fut appelé à voir le malade conjointement avec le médecin de la famille. Six semaines après le début de la maladie, l'obnubilation de l'intelligence était complète, et le diagnostic de démence sénile fut porté par mes deux confrères. Comme ce diagnostic enlevait à la famille tout espoir de voir le malade revenir à la jouissance de ses facultés intellectuelles, on exigea une nouvelle consultation, et je fus appelé, en troisième lieu.

Il m'eut été bien difficile par la seule analyse des symptômes présentés par le malade, au premier examen, d'en arriver à formuler une opinion différente de celle de mes deux collègues. Cependant, certains antécédents particuliers qui étaient à ma connaissance de même que l'évolution de la maladie me por-

tèrent à exprimer quelques doutes et à faire entrer en ligne de compte une influence morbide autre que la dégénérescence sénile et alcoolique : c'était l'insuffisance rénale dont la reconnaissance pouvait inspirer un meilleur espoir pour l'avenir du malade.

De l'aveu de tous, jusqu'à l'éclosion du délire, le sujet n'avait donné aucun signe évident de cet affaiblissement progressif des facultés intellectuelles que l'on remarque généralement comme signe avant-coureur de la démence sénile.

Voici l'antécédent qui m'a porté à soupçonner l'influence d'une autre cause pathogénique et qui m'a permis de faire entrer en ligne de compte un défaut de l'émonctoire rénal.

Quelques jours avant son attaque délirante, j'avais eu occasion de rencontrer le malade, qui m'était de connaissance assez familière. Il me parut être, comme bien souvent, sous l'influence d'une excitation alcoolique ; mais ce qui frappa davantage mon attention ce fut la bouffissure de la figure avec pâleur et œdème des paupières, qui ne me laissèrent guère de doutes sur une poussée congestive du côté des reins.

C'est en me basant particulièrement sur cet antécédent, on moins que sur l'évolution de la maladie, que je crus devoir exprimer quelque réserve sur le diagnostic de mes collègues : l'insuffisance rénale, que j'étais porté à présumer, pouvant servir à expliquer le délire aigu et cette phase de confusion mentale qui y avait fait suite.

Mais on crut devoir opposer à cette opinion le fait que l'analyse de l'urine, répétée deux fois, n'avait révélé aucune altération : aussi le diagnostic de "démence sénile" fut-il maintenu. L'accord fut cependant unanime pour conseiller le régime lacté exclusif.

Durant les quelques semaines qui suivirent, les symptômes nerveux disparurent peu à peu, la confusion mentale se dissipa

et l'individu finit par recouvrer toute la plénitude de ses facultés intellectuelles. Trois années se sont écoulées depuis ; et, de l'aveu de tous ceux qui connaissent intimement ce malade, son intelligence est habituellement plus claire et mieux équilibrée, qu'elle ne l'était auparavant : ce qui s'explique assez naturellement par le fait que, sensible à l'épreuve qui avait porté atteinte à sa raison, il a lutté d'énergie, depuis, pour se corriger de ses habitudes alcooliques.

De toute évidence, l'artério-sclérose et la dégénérescence que l'âge et la longue intoxication par l'alcool portaient à soupçonner, en premier lieu, avaient surtout touché les reins sans avoir encore porté aucune atteinte sérieuse au cerveau. Le délire subit et la phase de dépression physique et de confusion mentale qui l'avait suivi, devaient donc être rapportés plus vraisemblablement à une poussée de congestion rénale, dans le cours d'une néphrite chronique, dont l'abus de l'alcool avait été la cause efficace. L'événement a prouvé, chez ce malade, que l'insuffisance des reins pouvait reproduire le syndrome de la dégénérescence organique qui caractérise la démence sénile.

Si le temps qui m'est accordé me le permettait, je pourrais citer plusieurs exemples choisis parmi mes observations cliniques, qui feraient ressortir ce rapport d'intérêt pratique que présentent les syndromes urémiques simulant les maladies des organes autres que le rein. Ces mêmes exemples serviraient à démontrer les résultats, parfois surprenants, que l'on peut obtenir dans le traitement de ces syndromes compliqués, en faisant, de l'insuffisance rénale concomittante, le pivot des indications du régime et de la thérapeutique médicamenteuse.

*
* *

Mais je m'empresse d'arriver à la question du traitement, qui n'est pas la partie la plus négligeable, au point de vue du mé-

dein pratician. Je ne m'en tiendrai qu'aux grandes lignes pour en faire ressortir surtout les indications les plus fondamentales.

Disons, de suite, que le traitement de l'insuffisance rénale doit être surtout préventif de la toxémie ou des accidents urémiques.

La première indication à remplir serait bien de rétablir la perméabilité rénale ; mais il faut bien se rappeler qu'il s'agit ici d'un état morbide qui relève d'un processus de sclérose indélébile ; si l'on excepte les épisodes aigus, on ne peut guère espérer qu'une action indirecte et restreinte sur les fonctions d'un organe dont la structure a été ainsi compromise. Le brightique est par suite destiné à vivre dans un état d'équilibre instable.

L'indication thérapeutique la plus essentielle au point de vue de la sauvegarde du brightique sera donc plutôt de surveiller et de contrôler les différentes sources de l'empoisonnement urémique du sang : le régime alimentaire, l'estomac, le tube digestif, l'appareil biliaire, les boissons, l'activité de la nutrition générale et les fonctions de la peau.

Il est fondamental d'établir un régime alimentaire qui prédispose le moins à l'élaboration des poisons de l'intestin, dont l'absorption est l'une des principales causes de la toxémie et des accidents urémiques chez les brightiques. Il est admis par tous que c'est le régime lacté ou le régime mixte lacto-végétarien qui réalisent le mieux ce desideratum : le régime carné étant reconnu comme dangereux, dans la plupart des cas. Le régime lacté est sans contredit celui qui favorise le plus l'activité de la dépuraction urinaire et le maintien de la perméabilité rénale.

Le régime lacté exclusif ne s'impose, cependant, que dans les épisodes aigus qui viennent entre couper l'évolution de la néphrite chronique ; la diète hydrique peut même devenir de rigueur si les accidents urémiques sont trop menaçants. Mais

le régime lacto-végétarien, peut et doit remplacer le régime lacté exclusif dans les périodes intermédiaires : tout en n'apportant aucune entrave à la dépuraction urinaire et il offre l'avantage de mieux soutenir les forces des patients qui ont à soutenir un travail actif.

Un autre point sur le quel il importe de bien éveiller l'attention du praticien, dans la direction du régime des brightiques, c'est le danger de certaines substances alimentaires.

On ne saurait trop attirer l'attention sur le fait que le régime *cariné* agit comme une véritable source d'empoisonnement pour un bon nombre de brightiques (Dieulafoy). Les bouillons concentrés les extraits de bœuf sont dangereux comme aliments, vu la forte proportion de ptomaines et de toxines qu'ils contiennent. Il en est de même de tous les aliments fermentés, ou en voie de décomposition, comme les fromages avancés, les conserves de viandes, de poissons, les gibiers faisandés. Une autre classe de substances alimentaires contre lesquelles il importe de mettre d'avance les brightiques en garde, ce sont les huîtres et les crustacés : on peut voir survenir à leur suite les signes de l'empoisonnement urémique aigu. Les fruits, les végétaux, au contraire, conviennent pour la plupart ; mais on doit interdire tous ceux qui peuvent avoir une action irritante sur les reins : les radis, les épinards, l'oseille, la rhubarbe, les asperges, les champignons, les truffes, la choucroute.

Les boissons fermentées ou alcooliques doivent être prescrites, d'une façon générale, du régime des sujets atteints de néphrites ou d'insuffisance rénale ; tout au plus, chez les débilités, peut-on permettre de vins légers dans des eaux minérales diurétiques.

Dans toute inflammation du parenchyme rénal, une réserve s'impose dans l'emploi de certains médicaments dont une action irritante ou congestionnante sur cet organe pourrait être à

redouter. D'ailleurs, le défaut de la perméabilité, apportant un retard à l'élimination des substances médicamenteuses, permet leur accumulation dans le sang et porte à des inconvénients plus ou moins sérieux : les préparations opiacées, mercurielles, iodurées, l'acide salicylique, la plupart des nouveaux analgésiques, sont les médications qui commandent la plus grande discrétion dans leur usage chez les brightiques,—surtout durant les épisodes aigus. On ne doit s'en servir que pour des indications spéciales, d'une manière passagère, et, encore faut-il, dans les seules périodes de tolérance.

Le surmenage physique, qui devient une cause facile d'auto-intoxication par l'accumulation dans le sang des déchets d'une désassimilation exagérée, doit être soigneusement évité par tous les brightiques dont la dépuration urinaire est depuis longtemps en souffrance.

Les refroidissements prolongés sont également à craindre afin d'éviter des recrudescences aiguës des néphrites par la suppression des fonctions de la peau ; il faut s'efforcer, au contraire, d'assurer aux fonctions de cet émonctoire une suractivité qui permette de jouer un rôle supplémentaire ou vicariant par rapport aux fonctions du rein. Parmi les moyens à mettre en oeuvre pour obtenir ce résultat, il n'y en a guère de plus utile que l'hydrothérapie, sous ses formes mitigées,—douches chaudes et froides. Cette méthode constitue l'un des plus puissants régulateurs de la circulation des organes internes en même temps qu'elle active les oxydations de la nutrition par les réactions nerveuses et périphériques qu'elle déterminent.

*
* *

Je ne m'arrêterai qu'un instant aux méthodes de traitement des grands accidents de l'urémie : de ceux qui pour la plupart commandent une intervention d'urgence.

Je signalerai, tout d'abord, l'accord pour ainsi-dire unanime, chez tous les observateurs, pour ressusciter l'usage de la saignée comme le moyen le plus prompt et le plus héroïque de combattre les accidents les plus graves de l'intoxication urémique : les oedèmes suraigus des poumons, l'éclampsie, la congestion pulmonaire, les accidents cérébraux. Dans ces cas, la saignée n'est pas seulement justifiée par le soulagement qu'elle apporte aux congestions localisées, à l'hypertension vasculaire, qui accompagnent ces accidents, mais parcequ'elle offre l'avantage en même temps de soustraire de la masse du sang une certaine quantité des poisons qui en sont la cause déterminante.

Dans les conditions moins urgentes, le traitement des grands accidents urémiques peut se résumer, du moins pour la partie la plus fondamentale, à la formule donnée par M. Huchard—les trois lavages : 1° lavages de l'estomac qui constitue la première indication à réaliser dans tous les cas d'empoisonnement alimentaire aigu ou chez les individus qui ont déjà donné des indices d'un chimisme stomacal altéré ; 2° lavages de l'intestin, qui est le principal foyer de l'élaboration des poisons alimentaires (empoisonnement ptomaïnique) : Ces lavages doivent être pratiqués largement avec la solution de chlorure de sodium, de 7 à 8 ou 10 grammes par litre, véritable sérum artificiel dont une partie à chance d'être résorbée ; 3° lavages du sang par l'injection hypodermique de sérum artificiel. Cette pratique est hautement recommandée par M. Huchard auquel elle a donné, dans bien des cas, des résultats inespérés. D'après Landouzy cependant, ces grandes injections de sérum donneraient le risque d'augmenter la congestion rénale et l'hypertension artérielle, surtout durant les épisodes aigus. Dans ces conditions il est plus sûr d'avoir recours, préalablement, à la saignée que l'on fait suivre des injections sous-cutanées d'eau chlorurée.

En décrivant les indications de cette méthode des trois lavages, avec ou sans la saignée, M. Huchard ajoute avec un grand sens pratique, je crois : " peu ou pas de drogues. "

* * *

Telles sont, sommairement exposées, les indications fondamentales de la thérapeutique préventive des troubles fonctionnels de l'insuffisance rénale et du traitement des grands accidents urémiqnes qui en sont la conséquence. Comme on le voit, ces indications dérivent de la doctrine de l'auto-intoxication de l'organisme par les sécrétions microbiennes, et par les *poisons* de la nutrition dont nous devons la connaissance aux progrès de la chimie biologique, — de date relativement récente.

Vous n'avez pu vous empêcher de remarquer, cependant, combien l'application à notre sujet de ces connaissances qui ont marqué les plus grands progrès de l'art médical à la fin du siècle dernier, nous ramène de près aux doctrines et aux pratiques qui guidaient nos pères dans la médecine au commencement du même siècle. " Nihil novum sub sole " pourrions-nous répéter, avec une certaine raison.

La théorie des " *humeurs peccantes* " dominait alors la pathogénie des maladies, comme elle servait encore à guider la pratique de nos devanciers, dans ce pays, il n'y a encore que cinquante ans. On pratiquait, au vieux temps, dit-on, la saignée, à tout propos, non seulement contre la pléthore et les engorgements, comme les maîtres nous l'enseignent de nouveau aujourd'hui, pour les congestions graves et les hypertensions, mais aussi pour enlever de la circulation une certaine quantité du " mauvais sang " c'est-à-dire pour diminuer la toxémie ou enlever de la circulation une certaine quantité des poisons du sang, tel qu'on nous l'indique maintenant pour le traitement des accidents graves qui résultent de l'insuffisance des organes dépurateurs.

Dans l'ancienne pratique de la médecine, on abreuvait les malades de boissons abondantes et de nombreuses variétés de *lisanes*, qui avaient pour but de diluer le sang, de le rendre moins épais, moins fiévreux, et aussi d'exciter les reins à éliminer les humeurs : c'était bien là de la bonne dépuración du sang par le lavage et la diurèse telle que les préceptes nouveaux nous commandent d'en faire non seulement chez tous les malades atteints d'empoisonnement urémique mais aussi dans le traitement des maladies infectieuses auquel nous avons fait allusion.

Les anciens ne commençaient presque jamais le traitement d'une maladie fébrile ou des voies digestives sans soumettre le patient à la méthode évacuante par un vomitif ou une bonne purgation afin de chasser du sang la bile ou tout au moins les humeurs nuisibles qu'il contient. On ne fait qu'opérer avec un égal sens, dans les mêmes cas, aujourd'hui, les lavages de l'estomac et de l'intestin afin de prévenir les auto-intoxications comme les indications nous en sont données par les théories nouvelles et les travaux remarquables de Mr Bouchard.

La théorie des "*humeurs peccantes*" dans le sang, a été effacée, depuis plus d'un demi siècle, du domaine des doctrines médicales, et elle fut remplacée par d'autres théories plus positives qui semblaient être appuyées par les découvertes de l'histologie et de la chimie organique appliquées à l'analyse des phénomènes intimes de la nutrition.

Vers la fin du siècle, alors que l'illustre Pasteur eut révéélé au monde les premiers secrets de ses découvertes géniales les doctrines microbiennes dominèrent toute la pathologie ; mais le rôle des microbes comme secréteurs de *poisons* ou toxines fut de plus en plus mis en lumière par les travaux de Bouchard, Gautier, Roux, etc., et la vieille théorie des humeurs reçut pour ainsi dire une éclatante confirmation.

On ne peut s'empêcher de rappeler que la médecine empirique avait toujours continué de tenir compte, malgré tout, des humeurs dans le sang, sortes de poisons retenus dans l'économie, qui deviennent les causes pathogéniques du plus grand nombre des troubles généraux de la santé : aussi la plupart des médecines spécifiques qu'elle offrait à la faveur du public et qui sont encore en vogue de nos jours, ne réclamaient-elles guère d'autre action que celle de dépurifier le sang en activant les fonctions des deux principaux émonctoires de l'économie, auxquels la physiologie actuelle reconnaît, en effet, ce rôle dépurateur : " le foie et les rognons. "

N'en sommes-nous pas rendus, à vrai dire, à un retour vers des théories identiques dans l'orientation de notre thérapeutique actuelle ? N'avons-nous pas été les témoins que, dans les derniers congrès de médecine, — le grand Congrès de Paris, et le Congrès de Toulouse, — les deux questions de " l'insuffisance rénale " et de " l'insuffisance hépatique " dont tout l'intérêt découle de la doctrine des auto-intoxications, ont été mises à l'ordre du jour par des hommes éminents dans la science ? Ces deux questions ont été étudiées sous différents rapports qui mettent bien en lumière cette influence du défaut de l'activité fonctionnelle des reins ou du foie, sur la toxicité du sang et la pathogénie d'un grand nombre de troubles morbides.

Et les préceptes thérapeutiques que l'on a fait ressortir de ces conceptions nouvelles sur l'insuffisance des émonctoires ne se rapprochent-ils pas de ceux que fournissait au praticien du commencement du siècle dernier la vieille doctrine des " humeurs peccantes ? "

Est-ce à dire, messieurs, que, sur ces deux points importants, la médecine de nos jours, pourtant beaucoup mieux éclairée, fait un pas rétrograde. Nous ne le pensons pas ; bien au contraire, puisque nous avons aujourd'hui pour appuyer ces

théories, autrefois réduites à de simples hypothèses, les démonstrations les plus rigoureuses et les plus positives.

Nous oserons même affirmer que lorsque la médecine, après avoir subi diverses oscillations entre des théories opposées, en revient à des principes et à des applications pratiques qui ont reçu la sanction d'une longue expérience, parmi la masse des praticiens, et qui, même à travers toutes les oscillations doctrinales, ont gardé l'appui du sens populaire, elle nous paraît, en réalité, plus près de la vérité *immuable* que lorsqu'elle s'attache à des méthodes nouvelles dont l'inspiration vient le lui être donnée par des doctrines fraîchement écloses dans les recherches de laboratoires.



CURE RADICALE D'UN CAS DE POLYPE FIBREUX NASO-
PHARYNGIEN ET D'UNE OTORRHÉE CHRONIQUE
ANCIENNE COMPLIQUÉE DE PARALYSIE
FACIALE ET DE VERTIGE.

Par le docteur PAUL VIOLLET, Médecin auriste de l'hôpital Péan.
Préparateur d'histologie à la faculté de médecine de Paris.

I

ABLATION D'UN POLYPE FIBREUX NASO-PHARYNGIEN,
*Faite avec la collaboration du docteur Delaunay, chirurgien de
l'hôpital Péan.*

Le malade dont il s'agit est un garçon de quinze ans bien portant, qui depuis quatre ou cinq ans parlait du nez sans qu'on se fut préoccupé de son état ; le 5 Août 1900 il est vu par un médecin du Pas-de-Calais qui lui retire à l'aide d'une pince des fragments de polype se montrant à l'orifice de la narine droite ; en Octobre, l'enfant vient à Paris où il est vu par le docteur Natier qui l'adresse au docteur Huet ; celui-ci pratique sept ou huit séances d'électrolyse dans le prolongement nasal droit, du 25 octobre 1900 au mois de Janvier 1901 ; au préalable l'enfant avait été photographié au Collège de France par le docteur Olivier. Il serait sans doute possible de retrouver cette photographie. Le 15 Mars 1902 l'enfant se présente à ma consultation de l'hôpital Péan : à ce moment je constate que le pharynx nasal est rempli dans sa totalité par une masse fibreuse dure qui fait bomber légèrement le voile du palais en avant et envoie dans la fosse nasale droite un prolongement volumineux plus gros que le pouce qui a déformé la région intérieurement comme

1 Communication au Congrès des médecins Canadiens-Français, Québec, Juin 1902.

on peut le voir, aujourd'hui surtout que le nez est libre, par rhinoscopie, au point de rendre la joue un peu plus saillante que la gauche. Après une série de tentatives infructueuses pour en lever la tumeur à l'anse chaude (je ne réussis à enlever par ce procédé que la majeure partie du prolongement nasal) je me décide à recourir aux procédés chirurgicaux et je montre le petit malade au docteur Delaunay. Le 7 Mai 1901 nous l'opérons ensemble après avoir essayé vainement de pédiculiser la tumeur avec une pince courbe, le voile du palais fut fendu, sa désinsertion à l'aide de la rugine transversale d'Escat tentée ; l'hémorragie fut telle à ce moment que nous fûmes obligés de renoncer à ce procédé avec lequel je dois le dire nous étions, il est vrai, peu familiarisés, l'un et l'autre, pour recourir au morcellement rapide et brutal fait au moyen d'une forte pince à végétation suivie d'un curettage au couteau de Gottstein ; un doigt introduit à ce moment dans la fosse nasale droite, un autre dans le pharynx, permettent de sentir le prolongement nasal qui fut repoussé dans le pharynx et extrait à la pince par morcellement. L'opération fut émouvante par la quantité de sang qui s'écoula, perte de sang que faisait d'ailleurs prévoir les petites hémorragies qui s'étaient produites antérieurement lors des séances d'électrolyse faites à la Salpêtrière, ainsi qu'au cours de mes tentatives d'extraction par l'anse. La structure de ces tumeurs qui rappelle celles de l'angiôme ainsi que j'ai pu m'en rendre compte par l'examen histologique que j'ai pratiqué et que je joins à ma communication, explique les hémorragies habituelles en pareils cas.

Le point sur lequel je désire insister tout particulièrement est la nécessité des soins consécutifs prolongés, des cautérisations répétées et de surveillance tardive si l'on veut éviter la récurrence ; dans le cas particulier, je constatais quelques jours après l'opération au cours de laquelle le docteur Delaunay et moi avions

crû tout enlever en nous guidant sur le toucher que de volumineux fragments étaient encore attenants aux parois du nasopharynx ; j'en fis l'extirpation à l'anse ou à la pince et je dévitalisais avec soin pendant deux mois les moindres bourgeons exubérants sous le contrôle du miroir et du spéculum nasi. Ma conviction comme celle du docteur Delaunay est que si l'on constate fréquemment la récurrence des polypes fibreux nasopharyngiens c'est que vraisemblablement, dans bien des cas, ils sont opérés d'un seul coup, chirurgicalement sans que le contrôle ultérieur et la cautérisation dont je viens de parler ait été faite.

L'examen anatomopathologique de la tumeur que j'ai pratiqué m'a paru confirmer cette manière de voir. Les fragments que j'ai examinés provenaient l'un du prolongement nasal dont j'ai parlé, l'autre du corps même de la tumeur, ils ont été fixés par le liquide de Muller, durcis à l'alcool, montés au collodion et colorés à l'hématoxyline-éosine. A l'examen à un faible grossissement ou même à l'œil nu d'une coupe un peu étendue du prolongement nasal, (coupe de deux centimètres carrés de surface environ) on est tout d'abord frappé par la richesse vasculaire de la tumeur ; les vaisseaux dont la lumière est comblée par le sang coagulé et fixé se relève sous forme de points brun-jaunâtres, dont les plus volumineux ont une coupe de trois à cinq millimètres carrés de surface. Les plus petits ne sont visibles qu'au microscope ; ces vaisseaux sont plus ou moins nombreux suivant les régions de la coupe. Si l'on examine ces portions centrales on constate qu'ils sont infiniment moins nombreux qu'en certains points voisins de l'épithélium de revêtement, où ils se multiplient formant de véritables archipels de capillaires de petit calibre. Or précisément, en ces mêmes points périphériques, le tissu de la tumeur dans lequel ils sont plongés est constitué par un tissu conjonctif jeune dans lequel l'individualité des éléments cellulaires semble faire défaut et où la

forme plus ou moins arrondie des noyaux presque juxtaposés, multipliés, domine : le sang contenu dans les capillaires à ce niveau n'est séparé des éléments constitutifs du tissu que par une épaisseur d'éléments à noyau aplati ; au voisinage de ces mêmes points existent des vaisseaux plus volumineux à parois stratifiées comprenant plusieurs couches d'éléments aplatis (7 ou 8) ; leur paroi, le tissu cellulaire environnant et l'épithélium de voisinage sont infiltrés de petits éléments à noyau fortement coloré, à contours polymorphes, qui ne peuvent guère être que des leucocytes dits polynucléaires ; en d'autres points périphériques à tissu jeune, multinucléé et fortement chromophile de la tumeur, on trouve des vaisseaux de calibre correspondant à ceux que je viens de décrire en dernier lieu, thrombosés ou complètement comblés par du tissu cicatriciel (végétation endovasculaire). En revanche dans les portions plus centrales de la tumeur où les vaisseaux sont plus rares sinon plus volumineux le tissu est constitué par du tissu fibreux plus avancé en âge, à noyau plus rare, plus allongé en bâtonnets ou ovalaires ; l'aspect de la coupe est plus clair ; dans les portions fines on distingue la structure fibrillaire que prennent les éléments ; ce tissu rosé, coloré surtout par l'éosine, est cependant sillonné de petites traînées bleuâtres délicates où les noyaux plus nombreux conservent cependant le même aspect que dans le tissu avoisinant ; la paroi des vaisseaux à ce niveau est mince constituée seulement par une ou plusieurs strates d'éléments aplatis et régulièrement disposés autour de la lumière du canal. On ne trouve dans la paroi que de rares noyaux polymorphes. Si au lieu d'examiner une coupe du prolongement nasal on en pratique une à travers des fragments quelconque provenant de la masse même de la tumeur ainsi que je l'ai fait, on constate que la structure rappelle celle du centre de la coupe du prolongement nasal. En résumé le polype naso-pharyngien me paraît constitué par du fibrome pur,

la surface seule du prolongement nasal présentant des centres inflammatoires en activité ; ce qui s'explique sans doute par les causes d'irritation multiples de cette surface (infection consécutive aux tentatives d'extraction, électrolyse, etc.) et la nécessité de la défense de l'organisme au niveau de la tumeur. Je tiens à faire remarquer que ces conclusions permettent de considérer le polype fibreux naso-pharyngien comme une tumeur bénigne ce qui concorde avec le résultat clinique obtenu jusqu'ici chez notre malade puisque la guérison s'est maintenue jusqu'à ce jour sans aucune trace de repullulation. (Examen au miroir et au spéculum.)

Sans rejeter la possibilité de dégénérescence sarcomateuse de pareilles tumeurs, je pense qu'il faut peut-être en expliquer la récurrence par l'impossibilité où se trouve souvent le chirurgien qui ne fait pas usage du miroir et du spéculum-nasi de poursuivre comme il convient les points d'implantation de la tumeur qui par la repullulation, peuvent, s'ils ne sont pas détruits au fur et à mesure de leur bourgeonnement pendant les quelques mois qui suivent l'ablation forcément grossière en un temps, et guidé par les seules indications du toucher digital de la masse principale de la tumeur, reproduire peu à peu cette tumeur.

II

CURE RADICALE D'OTORRHÉE CHRONIQUE ANCIENNE COMPLIQUÉE DE PARÉSIE FACIALE ET D'ÉTAT VERTIGINEUX.

Charles L. . . . 31 ans, était porteur d'une otite moyenne suppurée droite remontant à l'âge de cinq ou six mois, soignée par le docteur Ménière, fils, en 1890, et par le docteur Jacobi de Breslau, qui avait pratiqué l'extraction de bourgeons charnus ; l'otite n'avait jamais été complètement guérie ; le 7 août dernier notre malade s'était présenté à la clinique du docteur Chauveau

se plaignant de douleurs, d'élançements de cette même oreille et d'états vertigineux l'obligeant à s'arrêter en marchant et à prendre un point d'appui ; on lui extirpe un bourgeon charnu ; les vertiges persistent.

Le 14 Août, le malade se présente à ma consultation de l'hôpital Péan, je suis frappé tout d'abord par l'assymétrie du visage ; le pli naso-buccal du côté droit est plus effacé que du côté gauche ; de plus la commissure labiale gauche est plus élevée que la droite ; ces symptômes fugaces dont le calme de la physionomie, s'accroissent dans le rire et lors des contractions des muscles du visage ; les paupières du côté droit arrivent cependant encore au contact, mais ne peuvent être aussi énergiquement closes qu'à gauche ; ils existent depuis huit jours environ à ce degré. En présence de ce symptôme de la céphalée, de l'insomnie persistante depuis quinze jours dont se plaignait le malade en même temps que de l'état local de l'oreille, de la fétidité du pus, des bourgeons charnus, des troubles d'équilibration dont je viens de parler, je n'hésitais pas à décider une intervention d'urgence destinée surtout à supprimer les causes d'irritation du facial ; je la pratiquai le 20 Août 1901. J'ouvris l'antre, l'aditus et la caisse dont j'extirpai de gros bourgeons charnus ; je ne trouvai ni séquestre, ni osselet carié ; ceux-ci avaient dû être éliminés depuis longtemps et il n'existait pas de collection purulente au voisinage de la dure-mère mise à nu. Les suites de l'opération furent des plus simples. Le 30 septembre la paralysie faciale avait presque complètement disparu ainsi que l'état vertigineux ; cependant à différentes reprises, du 30 septembre à la fin de janvier, je fus obligé d'enlever à l'anse ou de détruire à l'acide chromique des bourgeons charnus du fond de la caisse qui avaient tendance à se reformer au voisinage de la fenêtre ronde, en un point où je ne découvris cependant pas d'os dénudé ;

actuellement les cavités de l'oreille moyenne sont entièrement épidermisées et le malade complètement guéri.

Il n'existe plus de trace de la parésie faciale depuis la mi-octobre 1901 ; l'assurance de la marche plus lente à revenir est complète depuis le début de février 1902.

Comme pour le polype fibreux naso-pharyngien j'insiste, à propos de ce malade, sur l'importance des soins prolongés et des cautérisations répétées post-opératoires.



HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE AVEC MICTION DIFFICILE

J'ai prescrit le " Sanmetto " dans le cas d'un vieillard, âgé de 74 ans, qui souffrait d'une hypertrophie de la prostate avec miction difficile. Les résultats ont été favorables, et après en avoir pris deux bouteilles le malade fut assez soulagé pour pouvoir se passer de l'usage du cathéter dont il lui avait fallu se servir pendant plusieurs mois auparavant au moins toutes les 24 heures. J'ai depuis prescrit ce remède dans cinq cas semblables avec des résultats également bons.

P. C. Onlbertson, M. D.
Keith, Ohio.

COMMUNICATION

UTERUS DOUBLE AVEC CLOISONNEMENT PARTIEL DU VAGIN.

Par le Docteur M. J. AHERN.

Professeur d'Anatomie à l'Université Laval, Chirurgien de l'Hotel-Dieu.

Mme E. B. âgée de 25 ans de Jefferson, S. D. se présente à l'Hotel-Dieu du Précieux Sang, Québec le 4 mars 1902 avec l'histoire suivante.

Menstruée régulièrement depuis l'âge de 16 ans, toutes les 4 semaines pendant trois jours et en petite quantité ; chaque période précédée pendant 24 heures de douleurs dans la fosse iliaque gauche, qui cessent après le commencement de l'écoulement menstruel.

Mariée en sept. 1899—reglée pendant 3 mois—elle devient enceinte et avorte au 4^e mois en mars 1900. Depuis ce temps elle a de la leucorrhée ainsi que des douleurs dans le côté gauche de l'abdomen, surtout à l'époque de ses règles.

Le Dr Jephson de Sioux City, qui la vit alors, diagnostiqua un abcès dans les annexes gauches, qui se vidait dans le vagin par une petite ouverture dans la paroi gauche de ce conduit. Il proposa une intervention chirurgicale qui fut refusée.

En septembre 1900, un second avortement à 4 mois. Continuant toujours à souffrir, la malade fut laparotomisée en octobre de la même année, par le Dr Jephson qui trouva que ce qu'il avait pris pour un abcès était une moitié d'un utérus double, et que le sinus qui s'ouvrait dans le vagin était le reste d'un canal de Müller et la sortie ou le vagin de cet utérus surnuméraire. Comme il n'avait pas eu la permission d'enlever la matrice et comme de plus la femme désirait beaucoup avoir des enfants il referma l'abdomen. La malade retourna chez elle en novembre

et continua à souffrir. En juin 1901 elle devint enceinte; le 24 août elle prit le lit à cause de ses souffrances, et y resta jusqu'au 6 octobre. Le 26 septembre, elle fit une 3^e fausse couche. A son entrée à l'Hotel-Dieu le 4 mars, elle présente un embonpoint considérable et les apparences d'une santé florissante.

Dernières règles le 10 janvier 1902.

Abdomen sensible à la pression dans la fosse iliaque gauche surtout près de Poupart.

Petite cicatrice médiane trace de sa laparotomie.

Utérus en position normale augmenté de volume, globuleux rénitent—col ramolli. A gauche de l'utérus, une petite masse dure peu mobile—semble indépendant de cet organe, et qu'on ne peut bien limiter vu l'épaisseur de la paroi abdominale.

Au spéculum, on découvre dans la paroi gauche du vagin, à un pouce au-dessous du cul-de-sac latéral de ce côté, un tout petit trou par où s'écoulait une goutte d'un liquide purulent. Un stylet passé dans cette ouverture se portait en haut et un peu en dehors dans l'étendue de $\frac{3}{4}$ de pouce environs.

J'annonçai à la malade qu'elle était enceinte et qu'il fallait attendre après son accouchement pour l'opérer; car d'après ce que le Dr Jephson avait trouvé, il faudrait pour la guérir lui enlever la matrice, ce qui causant la mort de son enfant n'était pas permis.

Elle laissa l'Hopital, mais s'attendant d'avorter comme d'habitude au 4^e mois, elle revint dans le mois de mai souffrant toujours. Quand l'écoulement leucorrhéique était abondant elle souffrait moins. La masse à gauche de l'utérus avait augmenté un peu de volume était très douloureuse et n'était plus accessible par le vagin.

Dans le mois d'août, elle eut de l'albuminurie qui cessa sous l'influence de la diète lactée.—

L'utérus s'est développé entièrement à droite de la ligne

médiane—à gauche l'abdomen était sonore à la percussion, partout excepté près de Poupart.

30 sept. 1902.—Douleurs abdominales intermittentes surtout du côté gauche pendant toute la journée. L'utérus gravide n'occupant que la moitié droite de l'abdomen, la moitié gauche est sonore jusqu'en bas—jusqu'à 2 pouces du pubis.

1^{er} octobre.—Pendant la nuit les douleurs ont été un peu plus fortes et il y eut un léger écoulement sanguin par le vagin. Fœtus inaccessible par cette voie.

2 octobre.—Écoulement vaginal un peu plus considérable. Les douleurs continuent.

3 octobre.—Même état. Rupture spontanée des membranes à 10 heures du soir.—Pas de dilatation.

4 octobre.—Douleurs plus fortes toute la nuit. Dilatation commence. Le col est porté un peu à gauche. En y introduisant le doigt on rencontre un obstacle sous forme d'une cloison transversale dont il faut contourner le bord gauche pour arriver dans l'utérus. Cet obstacle finit par disparaître, et on put constater une présentation du siège dans la position sacro iliaque droite antérieure.

A 7.15 hrs, le même soir, la malade accoucha normalement d'un enfant male, bien développé et vivant.

L'utérus se contracta bien.

Les suites de couches furent normales.

20 octobre.—Depuis une semaine la malade souffre beaucoup de douleurs dans le côté gauche de l'abdomen au point d'être obligée d'avoir souvent des piqûres de morphine pour la calmer. L'utérus qui a beaucoup diminué de volume est toujours à droite de la ligne médiane et la masse à gauche est moins grosse qu'avant l'accouchement.

30 octobre.—Opération.—

Anesthésie par un mélange, de chloroforme 1 partie, éther

sulphurique 2 parties, administré avec l'appareil de Clover sans le sac. La respiration se fit mal, il y eut accumulation de mucons dans les bronches ; le mélange fut remplacé par le chloroforme pur, c'était un peu mieux mais il a fallu tout le temps de l'opération tenir la langue en avant.

Incision à gauche de la cicatrice de la première opération.
Paroi abdominale épaisse.

Petite adhérence épiploïque à la partie supérieure de l'incision. La cavité abdominale ouverte, il était évident qu'il y avait deux utérus—un droit et un gauche, complètement séparés excepté en bas où le péritoine passait transversalement en avant et en arrière, d'un col à l'autre. Il n'y avait pas de ligament recto-vésical entre les deux matrices. Chaque organe avait sa trompe, son ovaire, son ligament rond et son ligament large. Du côté droit la trompe entourait l'ovaire adhérent qui était gros et présentait de petits kystes. L'utérus, la trompe et l'ovaire gauche étaient pris ensemble par des adhérences et formaient une tumeur en boudin, longue de deux pouces et légèrement rétrécie en bissac à son milieu. Elle était fluctuante et des fausses membranes l'appliquaient contre la paroi du bassin à gauche et l'enveloppaient de toutes parts excepté sur sa face interne qui était libre. L'ovaire était rudimentaire. J'enlevai les deux utérus et les annexes commençant par le côté droit qui était le plus facile. Des deux côtés le tissu utérin était ramolli et sans résistance cedant sous la pression des pinces. Toute la surface cruentée fut péritonisée.

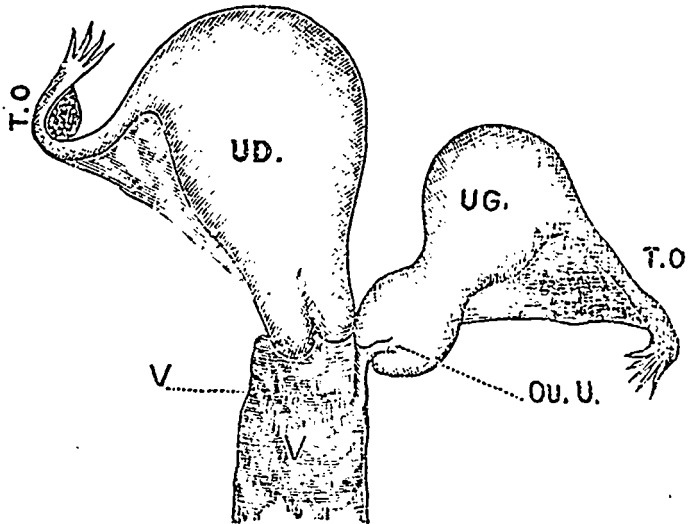
Un peu du contenu de la masse gauche s'étant écoulé par les manipulations, je drainai le cul-de-sac de Douglas dans le vagin par de la gaze.

Toutes les sutures et ligatures furent faites au catgut. La paroi abdominale fut fermée par trois plans de suture. Les deux

profonds avec du cat gut et la peau avec du crin de cheval renforcé par trois points profonds au crin de Florence.

La guérison se fait sans incident autre qu'un petit abcès de la paroi.

La gravure ci-contre donne une idée exacte de l'état des parties. La masse à gauche était constituée par un utérus la trompe correspondante et un ovaire rudimentaire. La constrict-



T. O : Trompe et ovaire. Ou. U : Ouverture utérus gauche, UD. : Utérus droit. UG. : Utérus gauche. V. Vagin. VI. : Vagin de l'utérus gauche.

tion vers le milieu de la masse, indiquait la limite entre le col et corps de l'utérus gauche ; ces deux parties étaient d'égale longueur.

Un petit conduit (vagin) de $\frac{3}{4}$ d'un pouce de long et $\frac{1}{4}$ de pouce de diamètre, dirigé en bas et en dedans, s'ouvrait, par un petit pertuis, dans la paroi gauche du vagin et faisait communiquer celui-ci avec la cavité utérine gauche, qui était dilaté par un liquide purulent.

Il n'y a pas eu de menstruation pendant la grossesse. Après l'accouchement l'utérus gauche qui avait augmenté de volume pendant que le droit était gravide subit l'involution en même temps que lui.

Entre les deux utérus il n'y avait pas de bride vésico-rectal. La malade ne présentait aucune autre malformation. Celle décrite plus haut était évidemment due à la non-fusion des deux canaux de Müller.



**“ SANMETTO ” dans la Cystite, urétrite, Prostatite et Inflammation
en général du Canal.**

Je suis un partisan convaincu du “ Sanmetto. ” C'est une préparation de grande valeur et tout à fait scientifique. Depuis des années que je l'emploie, j'ai appris à me fier sur elle dans le traitement de la cystite, urétrite, prostatite et inflammation en général du canal génito-urinaire. Dans les cas où ce remède est indiqué, ses propriétés curatives sont des plus remarquables. Je suis sûr que si la profession médicale veut l'employer dans les cas où il est valable, elle en retirera les résultats les plus satisfaisants. Pour ma part je continuerai certainement à l'employer.

W. E. J. Michelet,
Chicago, Ill.

REVUE GÉNÉRALE.

LES COURANTS DE MORTON ET QUELQUES UNES DE LEURS PRINCIPALES APPLICATIONS EN MÉDECINE.

Par M. le docteur CHARLES VERGE)

Le Dr William James Morton, professeur au New-York Post Graduate, fut le premier qui appliqua ces courants—qui, depuis portent son nom—d'une manière pratique et scientifique à la thérapeutique courante, en 1881. On les appelle encore *courants statiques induits*, ou courants des bouteilles de Leyde, ou de condensateurs quelconques, qui sont nécessaires pour leur production. Leur nature se rapproche beaucoup de celle des courants produits par le fil le plus fin d'une bobine d'induction médicale (appareil faradique), ils donnent comme celle-ci un courant alternatif interrompu, mais leur potentiel est bien plus élevé que celui de n'importe quelle bobine électrothérapeutique. Ce sont en réalité des courants oscillatoires de haute fréquence. On les obtient en faisant communiquer des électrodes ordinaires—dans le circuit desquels se place le patient—avec les armatures extérieures des bouteilles de Leyde, qu'actionnent une machine statique. Les pôles de celle-ci sont préalablement mis en contact et la force du courant se règle en raison directe du degré de séparation de ces derniers. Généralement une longueur d'étincelle de $\frac{1}{8}$ à $\frac{1}{4}$ de pouce entre ceux-ci est suffisante pour le traitement ordinaire ; il est rare qu'on puisse dépasser $\frac{1}{2}$ pouce. Naturellement la sévérité du choc varie suivant la grosseur des bouteilles : les machines modernes sont pourvues de trois différentes grandeurs de ces dernières, mais nos calculs sont basés ici sur la grandeur moyenne, dont on se sert généralement dans la plupart des cas. Un des avantages incontestables de cette

méthode c'est qu'on peut se dispenser ainsi de placer le malade sur une table isolante, celui-ci n'est pas " chargé " et par conséquent on évite aussi le désagrément presque toujours possible avec le traitement statique ordinaire, de lui " soutirer " accidentellement des étincelles.

" On peut agir sur les nerfs et les muscles par ce courant, dit Morton lui-même, d'une manière identique à l'application du faradisme, mais beaucoup plus efficace comme bien moins douloureuse. J'ai vu des muscles se contracter sous l'influence de ce courant, lorsque la moindre réaction ne pouvait être obtenue au moyen du plus fort courant endurable d'électricité induite, soit que l'on employât les fils gros ou fins de la bobine. "

Utilité dans le diagnostic :—Pour déclarer la présence ou l'absence des différents réflexes dans certaines affections nerveuses, pour l'examen électrique du degré de sensibilité ou d'analgésie dans ces mêmes cas, les *courants statiques induits*, nous donnent un moyen de diagnostic d'une finesse et d'une justesse incomparables et là même où les bobines—poussées à leur limite extrême de puissance, thérapeutiquement parlant, ne présentent que des résultats absolument négatifs. Dans cette importante question de l'électrologie médicale ou plutôt de l'électro-diagnostic, qu'on appelle *réaction de dégénérescence*—et sur laquelle nous aimerions à revenir au long dans les colonnes de ce journal—les courants de Morton nous sont encore d'un grand appui. On sait que cette réaction consiste en des variations du *caractère* des contractions musculaires dans certaines maladies ; la contractilité d'un muscle par une certaine forme de courant *diminue* en raison directe de l'augmentation de son excitabilité par une autre. Or, dans ces cas, les courants des bouteilles de Leyde servent à mettre mieux et plus en relief le *degré* de perte de la contractilité que présente un muscle sous

l'influence des forces d'induction, en contraste avec son excitabilité quelquefois grandement exagérée sous l'influence des courants continus (*galvanisme*). On voit d'ici l'importance capitale du rôle que peuvent jouer dans le diagnostic de certaines maladies les courants qui nous occupent en ce moment.

EMPLOI DES COURANTS DE MORTON DANS
LE TRAITEMENT :

Maladies de la moëlle :— Les courants statiques induits sont particulièrement applicables ici. Naturellement dans ces cas, comme ailleurs, le succès du traitement varie en raison directe de la précocité du diagnostic, et au moins il faut qu'on l'emploie avant qu'il se soit produit une lésion matérielle assez considérable du tissu nerveux lui-même. Tout de même si l'on entreprend cette forme de traitement à une période non éloignée du début de la maladie, on peut *certainement* dans une foule de cas et de l'aveu unanime d'un grand nombre d'autorités compétentes en la matière—*enrayer* le progrès ultérieur ou la marche de l'affection.

Dans l'atrophie musculaire progressive, le médecin est particulièrement justifiable d'employer les courants de Morton. Il va d'abord sans dire que dans cette affection comme dans toutes les maladies spinales d'ailleurs—le cours de la maladie doit être suivi attentivement en prenant note et tenant compte des différents degrés de " réaction de dégénérescence "—dont nous avons parlé plus haut—suivant les principes posés par Erb d'une manière si brillante. L'expérience personnelle de Morton avec cette forme de courant dans cette maladie, le porte à dire que celui-ci constitue *le traitement de choix*. Morton fait durer en moyenne les séances 20 minutes, répétées trois fois la semaine. Pôle + aux pieds (électrode métallique), pôle — au cou (sur engorgement cervical quand celui-ci se présente), $\frac{1}{2}$ pouce d'é-

tincelle entre les conducteurs, bouteilles *moyennes* (1 pinte ou 1 litre environ chacune). Il a traité un grand nombre de cas par cette méthode et toujours avec des résultats les plus encourageants. Dans la plupart des cas, le traitement exige plusieurs mois au bout desquels chez ces malades la réaction électrique des muscles redevient normale, l'extension des poignets se fait comme auparavant et les mouvements fibrillaires de l'avant-bras ont disparu de même que toute excitabilité mécanique dans les muscles de celui-ci. Dans la *myélite chronique*, dans la *polio-myélite antérieure*, les courants induits remplacent avec avantage toutes les indications du faradisme.

Affections musculaires : Dans le *lumbago*, le *torticolis*, les *douleurs pleurodyniques*, les *dégénérescences traumatiques*, nous les avons employés pour notre part dans maints cas qu'il serait oïseux d'énumérer ici, et toujours avec des résultats magnifiques qui nous ont même parfois surpris. Aussi avons-nous complètement abandonné le faradisme et le galvanisme dans le traitement de ces quatre affections. Nous pouvons grâce à notre expérience, poser ici en toute sûreté le principe que ces courants appliqués méthodiquement constituent dans ces cas particuliers le *traitement de choix*.

Dans les *arthrites rhumatoïdes* de toute forme et de toute espèce, et ces variétés encore mal définies et classifiées où le rôle psychique est quelquefois souverain, les applications de ces courants frankliniques induits ont prouvé leur efficacité, supérieure comme traitement à toute autre forme d'électricité.

Nous ne voudrions pas terminer cette courte note sur ce sujet qui nous a été demandée par un certain nombre de nos confrères que nous osons espérer avoir pu ainsi intéresser quelque peu—sans dire un mot de la nouvelle application des courants de Morton, à l'heure actuelle, au traitement de la *constipation opiniâtre chronique*. Les résultats sont réellement merveilleux, et il est

surprenant qu'on n'ait pas songé à y avoir recours plus tôt sur une aussi grande échelle qu'on le fait pour ces cas aux États-Unis, en Angleterre et en France actuellement. Nous avons employé cette méthode pour notre part dans *quatre* cas *bien suivis* depuis le 22 septembre dernier, époque où les journaux professionnels commencèrent à la préconiser, et nous devons dire qu'elle surpasse comme efficacité tout ce que nous avons employé jusqu'aujourd'hui. Par ce moyen, non seulement les mouvements péristaltiques et les contractions de la musculature intestinale, paraissent être excités, mais les sécrétions glandulaires intestinale et hépatique elle-mêmes sont grandement augmentées. Il ne s'agit pas ici de douches hydro-électriques comme dans l'obstruction, mais d'un traitement à *sec*, que tout médecin possesseur d'une bonne machine statique pourvue de condensateurs, peut donner à son bureau de consultation. La technique de ce traitement est comme suit : Pôle + (*large électrode*) appliquée à la région sacro-coccygienne ou à l'épigastre, pôle—(moins large en espace) appliqué particulièrement au niveau de *P.S iliaque* puis promené ensuite sur toute la surface du canal intestinal depuis le duodénum, en descendant vers P.S, où il est bon de *fixer* à chaque fois la cathode pour quelques instants. Durée de l'application environ 10 minutes, répétée tous les jours ou deux, suivant les cas. Étincelle *très courte et minime* entre les conducteurs, pour commencer. Faire suivre d'un bain statique général de cinq minutes de durée. Au bout de quelque temps le malade peut se dispenser complètement de tout laxatif ou lavement, les selles se règlent d'elles-mêmes. L'intestin reprend sa tonicité qu'il avait perdue, le foie secrète en abondance et la cure est *permanente*. Du moins c'est ce que les résultats publiés et les expériences sérieuses entreprises depuis dix-huit mois environ, nous permettent de conclure.

ANALYSE

LES INJECTIONS DE PARAFFINE POUR LA CURE DU PROLAPSUS ANAL CHEZ LES ENFANTS, ET DE L'INCONTINENCE APRÈS EXTIRPATION COMPLÈTE DU RECTUM

M. Karewski (Centr. bl. f. chir. 12 juillet 1902) cite plusieurs cas de prolapsus anal, chez des petits enfants, traités et guéris par ce procédé. L'enfant est purgé la veille, chloroformisation, aseptie du champ opératoire, puis on injecte entre les téguments extérieurs et la muqueuse rectale de la paraffine liquéfiable par la chaleur à 56°c ou 58°c. L'injection est poussée par une seule piqure et doit encercler l'anus.—Le doigt dans le rectum guide l'aiguille—on se sert d'une seringue chauffante.

M. O. Wolff (Ibid.) a appliqué le même traitement avec succès dans deux cas d'ablation du rectum pour affection cancéreuse, à l'effet de supprimer l'incontinence fécale.

L'injection faite deux semaines après l'intervention a été couronnée de succès. (Bulletin médical)

P. C. D.

LE MÉNINGISME

En 1886, M. Bouchut avait décrit sous le nom de pseudo-méningites, certains troubles fonctionnels du cerveau et des meninges, donnant des apparences de méningite, mais dont la guérison était la presque généralité.

Plus tard, M. Dupré, en 1894, créa le terme de méningisme qu'il appliqua à l'ensemble des symptômes qui caractérisent les états de ce genre. Les enfants en sont plus souvent atteints que les adultes. Des observations judicieuses ont démontré qu'il y faut une certaine prédisposition, et on a même noté que des émotions morales, chagrins, contrariétés, précèdent souvent l'apparition des accidents qui peuvent être d'ordre réflexe, infectieux ou toxique.

Au premier groupe appartiennent, l'helminthiase intestinale, la dentition, la constipation, les obstructions des voies respira-

toires, les affections purulentes de l'oreille.—Comme causes infectieuses ou toxiques, on incrimine toutes les maladies fébriles, surtout à leur période d'incubation ou d'invasion alors qu'éclatent les accidents nerveux. Le diagnostic, avec une méningite aigue, vraie, devient des plus embarrassants, attendu que le praticien se trouve en présence de manifestations méningitiques, alors même que la nature de la maladie causale n'est pas encore déterminée.

Et pour plus dire, il n'existe pas de signe pathognomonique, qui puisse nettement différencier le méningisme, d'une méningite aigue-vraie ; car l'observateur remarque au cours du méningisme, tous les symptômes classiques décrits au chapitre des méningites-vraies.

Cependant il peut arriver que quelques signes différentiels soient invoqués pour en faire le diagnostic. Ainsi, on rencontre moins souvent dans le méningisme le signe de Kernig, le relentissement du pouls y est aussi moins considérable. D'autres signes peuvent avoir un caractère spécial : Ainsi dans le méningisme, le délire suivi de convulsions et de coma peut ressembler à une attaque d'hystérie, et quant le malade revient à lui, il rit aux éclats, crie, vocifère, fait des tentatives de suicides etc.—(Observation de Mr Huchard.)

Un autre moyen, peut-être le plus sur mais moins pratique, de diagnostiquer la méningite vraie, est le cyto-diagnostic qui permet de voir dans le liquide céphalo-rachidien des lymphocytes et des polynucléaires qui n'existent pas dans le méningisme ; du moins des recherches attentives n'en ont jamais démontrés.

La durée de la pseudo-méningite est variable, en général 3, 4 jours et son évolution présente 2 caractères importants : 1° début soudain avec aggravation rapide des symptômes, car dans 24 heures tous les signes figurent au tableau méningitique, 2° brusquerie de la guérison qui est le propre de ces pseudo-méningites à l'exception de quelques cas, rares du reste, où la mort survient du fait que le méningisme s'est greffé sur la maladie primitive.

Le traitement variera suivant la cause. Si le méningisme est dû à l'helminthiale intestinale ou à la constipation, on prescrira des helminthiques et des purgatifs. S'il relève de l'impa-

Indisme on administrera la quinine.—Des enveloppements froids, bains tièdes chez les enfants, (30°) frais chez l'adulte (25°) employés toutes les 4 heures pendant 10 minutes, pendant qu'on maintient une compresse froide sur la tête, rendront de réels services. (Du " Journal des Praticiens ")

J. L.

SUR LE TRAITEMENT DE L'HÉMIPLÉGIE PAR L'EDUCATION DES VOIES NERVEUSES DE LA MOTILITÉ
(PUBLICATION ALLEMANDE)

(Par M. P. Lazarus, Smaine Médecin.)

Il n'y a pas encore longtemps, on croyait que la zone motrice de l'écorce cérébrale était reliée à la moelle épinière par l'unique voie du faisceau pyramidal. Cette conception, qui devait logiquement faire considérer la paralysie fonctionnelle produite par une lésion du faisceau pyramidal comme irréparable, ne concorde pas suivant M. Lazarus, avec l'observation clinique, ni avec l'expérience.

C'est ainsi qu'il a trouvé à l'examen du cerveau de trois hémiplegiques chez lesquels la paralysie initiale de la jambe avait presque entièrement disparu, une destruction complète de la capsule interne avec ramollissement des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes et du lobule para-central. De même on peut extirper un centre moteur cortical sans qu'il en résulte pour cela une paralysie durable du membre correspondant. Cela impliquerait que les différentes parties de l'encéphale ont la faculté de se suppléer entre elles, jusqu'à un certain point, de sorte que les fonctions des parties détruites peuvent être assurées par d'autres, restées intactes.

Des recherches anatomiques modernes ont apporté de nouveaux faits qui semblent appuyer très fortement la théorie de la suppléance sur laquelle il a basé son traitement des hémiplegiques.

On a pu enfin, établir expérimentalement qu'il est possible d'exalter par l'éducation, les fonctions des masses grises sous-corticales de façon qu'elles suppléent en partie aux régions extirpées,

la communication se fait alors par l'intermédiaire du noyau rouge et du faisceau pré-pyramidal.

Mais, pour tirer parti de ces différentes ressources, il est nécessaire de développer ces fonctions par une éducation méthodique.

On commence par inviter le malade à exécuter un mouvement simple et habituel, tel que celui de donner la main et, pour rendre l'exécution de ce mouvement plus facile, on soutient le bras afin de compenser l'effet de la pesanteur. On répète cet exercice jusqu'à ce que l'on constate chez le patient, un effort puissant de la volonté, se manifestant par une contraction des muscles de la face.

Les premières tentatives n'ont souvent, qu'un effet minime, mais peu à peu le résultat s'accroît avec la répétition des exercices ; il faut cependant se garder de fatiguer le malade, surtout au début. On pourra ainsi instituer des exercices d'imitation des mouvements, c'est-à-dire, faire l'éducation des voies reliant les centres optiques aux centres moteurs. Il est de toute importance, que les mouvements soient exécutés d'une façon méthodique et au commandement. Par des mouvements passifs du membre paralysé, exécutés les yeux fermés, on développe chez le patient la sensation du mouvement et le sens de l'espace ; il se rend compte de la force qu'il possède encore dans le membre affecté. Peu à peu on diminue l'appui du membre, de façon à rendre l'effort dans l'accomplissement du mouvement de plus en plus considérable.

Le premier mécanisme de la motilité rétabli, il s'agit ensuite d'éduquer la coordination des mouvements. On arrive de cette manière, après des mois d'exercices patients, à rééduquer la coordination des mouvements et à apprendre au sujet à exécuter correctement les divers mouvements les plus nécessaires dans la vie de tous les jours.

M. Lazarus a traité de cette manière 20 malades, qui tous ont appris à marcher, bien que parmi eux se trouvaient des hémiplésiques ayant passé plusieurs mois au lit, de même, tous ces sujets en sont arrivés à pouvoir s'habiller, se déshabiller, se peigner, manger. (Zeitsch, f. Klin. Eéd., XLV, 3-4) A. S.

TRAITEMENT PAR LE SÉRUM, DU RHUMATISME
ARTICULAIRE CHRONIQUE ET AIGU.

(*" Medical Record "*)

Les salicylates sont des remèdes utiles et même indispensables dans le traitement des rhumatismes, mais ils ne sont pas des spécifiques absolument certains.—Même quand les salicylates produisent un effet curatif, la convalescence est généralement lente, et le patient se lève non parfaitement rétabli. Il en résulte, qu'on doit rechercher des traitements plus satisfaisants pour ces maladies supposées infectueuses. De là, sont venues les recherches d'un sérum spécifique, remédiant aux défauts des salicylates.

Menzer, dans un article du "*Zeitschrift fur Diatetische und Physikalische Therapie*," Vol. VI. No 4--cite des résultats favorables, à l'injection d'un sérum streptococcique spécial pour ces cas de rhumatisme. Les cultures prises des amygdales des rhumatisants ne sont pas atténuées par des inoculations successives et de là, employées à rendre réfractaires des animaux supérieurs; mais, sont conservées autant que possible, dans leur virulence originelle par cultures dans le liquide ascétique-- et ensuite sont injectées par doses graduellement croissantes à des animaux supérieurs. Le sérum ainsi préparé n'est pas un antitoxique, mais un bactéricide et son inoculation dans l'économie, donne à celle-ci des propriétés Bactériolytiques. Comme conséquence, l'injection de ce sérum, augmente le processus réactif mutuel de l'économie. Son action au début est d'augmenter l'inflammation et la température, puis, de faciliter la défervescence.

Dans l'économie saine, il ne produit aucune réaction. Son emploi dans une vingtaine de cas, a démontré que ce sérum n'avait pas pour effet de diminuer la douleur ou la fièvre, ni de modifier les symptômes de la maladie, mais aussitôt la défervescence établie, le patient entre en pleine convalescence et n'a pas de rechutes. La durée de la période d'état était en moyenne de 5 à 6 jours, celle de la température de 6 à 7 jours, et le malade se levait généralement le même jour. Les cas chroniques, et en particulier ceux qui avaient résistés aux salicylates, ou aux autres méthodes de traitement furent guéris ou beaucoup améliorés dans l'espace de 2 à 3 semaines. Les symptômes réactionnels du sérum étaient, une simple rougeur au point d'injection et quelques fois, une légère hypertrophie des glandes environnantes.

Wm. H. D.

DE LA PROSTATOPEXIE SUB-PÉRINÉALE OU LUX-
ATION DE LA PROSTATE HORS DE SA LOGE,
COMME TRAITEMENT DE L'HYPER-
TROPHIE DE LA PROSTATE.

Dans le numéro de juin (1902) des Archives provinciales de chirurgie M. H. Delageniève, du Mans, décrit un nouveau traitement radical chirurgical de l'hypertrophie de la prostate. Voici ce que dit l'auteur : " L'opération nouvelle, sur laquelle nous désirons attirer l'attention aujourd'hui, consiste à énucléer la prostate hypertrophiée hors de sa loge, où elle se trouve emprisonnée et comme étranglée, et à la maintenir au-devant dans des tissus cruentés. Dans cette nouvelle situation, la prostate se trouve libérée ; les noyaux situés dans son épaisseur qui, en se développant, ont fait dévier le trajet de l'urèthre, cessent toute compression de ce conduit qui devient perméable.

Enfin, la circulation de l'organe luxé se régularise et prépare son atrophie, qui s'effectuera d'autant plus vite que la prostate se trouvera désormais dans des tissus cruentés qui constitueront les meilleures conditions physiologiques pour sa rapide résorption.

Il s'agit donc d'un déplacement de l'organe de sa situation anatomique normale, sans aucune mutilation. "

Technique-opératoire : Une incision de 3 à 5 centimètres est conduite sur le raphée jusqu'à un centimètre au-dessus de l'anus, incision qui contourne de là, le $\frac{1}{4}$ ou la moitié de la circonférence ; on reconnaît le sphincter externe, le rectum et le releveur gauche du rectum.

Un béniqué 36 ou 40 est introduit dans l'urèthre et s'arrête à la prostate. C'est un premier repère, les autres sont le rectum et le releveur gauche.

Le bord gauche de ce muscle est décélé puis sectionné, une fois la face inférieure du rectum décollée avec le doigt. La face inférieure de la prostate est ainsi exposée. Ensuite, il faut ouvrir la loge, de quelque manière que ce soit. Ceci fait, le doigt est introduit entre la loge et l'organe, et celui-ci s'énucléé facilement et sans hémorrhogie. Le contraire a lieu si la prostate est grosse et irrégulière ; dans ce cas l'opération devient difficile. Enfin, la prostate est luxée en dehors, en bas, vers l'anus. Elle n'a aucune tendance à se déplacer.

Un petit drain placé entre l'anus et le rectum, et la peau péri-néale suturée terminent l'opération.

Les soins consécutifs dépendent de l'état du malade, s'il y a cystite et infection urinaire : sonde à demeure. Si la vessie n'est pas infectée, pratiquer 3 ou 4 cathétérismes par jour et laisser le malade uriner seul.

Complications opératoires : Plaies du rectum, de l'urèthre, de la vessie ; elles sont faciles à réparer au cours de l'intervention.

Indications de l'opération :—M. Delagenière considère que cette opération, —ses espérances se réalisant—sera la méthode de choix pour tous les cas d'hypertrophie prostatique peu accentuée.

Cette opération est *conservatrice, simple et réglée.*

Observation : A l'appui de sa méthode, l'auteur n'apporte qu'une seule observation ; c'est le cas d'un vieillard de 70 ans, rétentionniste infecté, qui est parvenu à vider seul sa vessie, à 15 grammes près, un mois après avoir été opéré.

E. L.

— 000 —

" SANMETTO " dans le traitement de la CYSTITÉ, BLENNORRHAGIE
et l'IRRITABILITÉ de la PROSTATE.

J'ai employé largement le " Sanmetto " pendant un certain nombre d'années et je puis dire en toute vérité que là où l'emploi du Santal pur et du Sanpalmette est indiqué, j'ai trouvé que le " Sanmetto " était le remède par excellence. Je m'en suis servi souvent dans la cystite, la blennorrhagie chronique et l'irritabilité de la prostate, et il a toujours produit une grande amélioration, sinon guéri, mes malades. Tant qu'il conservera son degré actuel de pureté, je continuerai à l'employer, car je le considère comme un remède pur et digne de la science.

W. R. Hillegas, M. D.

Chicago, Ill.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE QUÉBEC

(Séance du 27 octobre 1902.)

Le président, monsieur le docteur L. J. A. Simard, occupe le fauteuil à huit heures et trois quarts du soir.

Il n'y a pas de lecture ou procès verbal.

Monsieur le docteur A. Jobin communique des notes au sujet de l'hygiène des nourissons. Après avoir parlé de l'importance pour notre pays, et surtout pour notre race, de diminuer la mortalité infantile, il propose que la Société Médicale de Québec prenne l'initiative pour répandre dans nos populations les notions élémentaires de l'hygiène de l'enfance, elle devra être aidée, dans cette tâche, par les autorités religieuses et politiques, ainsi que par le Conseil provincial d'hygiène. Pour le moment, il aimerait à voir s'établir ici, au Canada, une coutume dont on n'a qu'à se féliciter en France et à Anticosti où elle existe depuis de longues années : celle de distribuer aux époux lorsqu'ils viennent de s'unir, ou aux parents lorsqu'ils apportent leurs enfants au baptême, de petites brochures contenant dans une forme claire et concise, quelques notions au sujet des soins à donner aux enfants pour les maintenir en bonne santé.

Monsieur le docteur Ahern trouve que les remarques de monsieur le docteur Jobin répondent à un besoin, mais il craint que les gens négligent de lire le contenu de cette brochure, ou se trouvent dans l'impossibilité de se conformer à ces préceptes, s'ils en ont pris connaissance.

En donnant son approbation, Monsieur le docteur Arthur Simard profite de l'occasion pour s'élever contre les assurances sur la vie des enfants ; elles sont, prétend-il, une excitation à la négligence chez certains parents. D'après lui, une campagne dans ce sens, entreprise par la Société médicale de Québec aiderait beaucoup le mouvement commencé par le Conseil d'Hygiène. Il conseille aussi l'établissement d'une "Goutte de Lait" dans le genre de celle qui a produit un si excellent effet le peu de temps qu'elle a fonctionné à Montréal.

Monsieur le docteur Faucher dit que la Société Médicale de Shefford a publié une brochure analogue à celle proposée par mon-

sieur le docteur Jobin et que les résultats ont été très encourageants.

Un comité composé de messieurs les docteurs R. Fortier, A. Jobin, C. V. Faucher, E. Mathieu et L. X. J. Dorion, est formé pour s'occuper de cette question et proposer le rapport qui devra être soumis à une assemblée ultérieure.

Monsieur le docteur Ahern donne l'histoire d'un cas d'utérus double qu'il a opéré le 20 octobre 1902, deux ou trois semaines après la mise au monde d'un enfant vivant du sexe masculin. La femme mariée depuis longtemps, souffrait de douleurs continuelles, très aggravées au cours de ses grossesses qui toutes, excepté la dernière, se sont terminées par des avortements précoces.

Un médecin des États-Unis ayant diagnostiqué une maladie des ovaires, lui avait ouvert le ventre, mais, à l'aspect des deux matrices, qu'il n'avait pas la permission d'enlever, il referma simplement la plaie.

Les pièces sont produites, accompagnées chacune d'un ovaire ; les utérus sont complètement séparés et parfaitement formés ; le plus petit des deux, le gauche, a la forme d'un bissac ; c'est dans le droit qu'a eu lieu la grossesse.

Monsieur le docteur Ahern, après avoir fait remarquer qu'on ne rencontre que très rarement, chez les femmes vivantes, ces anomalies qui sont, le plus souvent, des trouvailles d'autopsie, explique les troubles de l'évolution fœtale qui ont pu produire cet effet.

Monsieur le docteur S. Grondin présente l'observation d'une femme de trente deux ans, laquelle en mars 1901, après plusieurs accouchements, a vu se développer, dans le côté droit de son abdomen, une bosse douloureuse qui, au bout de quelques mois, augmenta de volume et fut repoussée au haut par l'utérus gravide. Au sixième mois, la femme est prise de douleurs violentes, qui persistent jusqu'au huitième mois, époque à laquelle elle accouche facilement. Au cours de l'opération, faite récemment et dont le résultat a été très satisfaisant, on a enlevé un kyste suppuré de l'ovaire adhérent au péritoine pariétal et à l'intestin ; la tumeur contenait à peu près une chopine de pus.

Comme conclusion, monsieur le docteur Grondin recommande l'ablation de tout kyste de l'ovaire aussitôt le diagnostic fait. Loin d'être une contrindication, la grossesse impose au chirurgien l'obligation d'intervenir car, lorsque les kystes se rupturent, il y a un

quante pour cent de morts et s'ils ne se rupturent pas, l'avortement est la règle.

A l'appui de cette opinion il cite Pozzi, Pinard, Segond, et donne les statistiques suivantes. Sur trente cinq cas de kystes ovariens opérés pendant les cinq premiers mois de la grossesse, il y a eu une mort ; et sur trente et un cas opérés pendant les cinq derniers mois il y a aussi une mort, ce qui est la mortalité ordinaire sur ces sortes d'opération en dehors de la grossesse.

Monsieur le docteur Ahern se prononce en faveur de l'intervention mais il prétend que certains kystes, retenus dans le bassin par adhérences ou autrement, sont d'extraction difficile et peuvent même être confondus avec l'utérus gravide. Cette erreur a déjà été commise par un chirurgien qui avait ponctionné la matrice au lieu de la tumeur. Le kyste a été enlevé, l'utérus simplement suturé et la grossesse a suivi son cours normal.

Généralement, les femmes n'avortent pas lorsqu'on opère dans l'abdomen ; il a, lui-même, enlevé sur un utérus gravide, un fibrome pesant huit livres et la grossesse s'est continué jusqu'à terme.

Sur la suggestion de monsieur le président, il est résolu que les différentes communications faites à cette séance soient publiées dans le Bulletin Médical.

Messieurs les docteurs A. Simard et S. Grondin proposent que la Société Médicale fournisse la somme nécessaire pour la photographie de la pièce présentée par monsieur le docteur Ahern.

Cette proposition est adoptée et la séance est levée à dix heures et demie.

Docteur F. X. JULES DORION,
Secrétaire.

NOUVELLES ET VARIÉTÉS.

Hygiène des plages balnéaires : Comme résultat de la résolution adoptée et mise en force par la ville de New-York, à l'effet que les vidanges de cette cité ne soient plus à l'avenir déposés à la mer, les plages des stations balnéaires avoisnantes ont été pratiquement dans un état de propreté remarquable cet été, ce qui est un contraste frappant avec les années précédentes.

La condition sanitaire de l'île de Cuba semble se maintenir, grâce à l'essor donné à l'hygiène pendant la période d'occupation militaire américaine. Une lettre reçue dernièrement du Major Gorgas, autrefois membre du corps médical américain dans cette île, déclare que l'état sanitaire général y est excellent et qu'aucun cas de fièvre jaune (avant l'intervention américaine à l'état endémique, comme l'on sait, à Cuba) ne s'est présenté à la Havane dans les derniers onze mois.

On prête à Sir Frederic Treves, celui à qui l'Empire Britannique est largement redevable du retour à la santé du roi Edouard, les paroles suivantes, "une bonne digestion et un foie qui fonctionne bien sont plus utiles dans la lutte pour la vie en ce monde que la science des hautes mathématiques, comme des membres robustes et la capacité pour un bon travail manuel sont plus utiles à nos mères de famille que toute la connaissance approfondie des fractions décimales et des verbes irréguliers." La phrase, pour être banale en elle-même, n'en comporte pas moins, sous son apparence superficielle, un grand fond de pratique et utile vérité.

Le trachome, qui est maintenant reconnu universellement comme une maladie contagieuse, nous arrive en nombre de plus en plus considérable à mesure que l'immigration—orientale surtout—augmente en Amérique. Dernièrement 85 cas de cette repoussante maladie ont été constatés à New-York parmi les passagers d'entrepont de deux seuls transatlantiques : "La Gascogne" de la ligne française (65 cas), et le "Leeland" de la ligne Red Star (20 cas). Les malades étaient tous des Syriens, Roumains et Autrichiens. D'après les règlements d'émigration en force actuellement aux États-Unis,

la seule amende imposable aux compagnies de transatlantiques qui arrivent aux États-Unis avec des passagers d'entrepont souffrant de quelque maladie de ce genre, est l'obligation où elles sont de les repatrier à leurs frais. Mais le nouveau projet de loi américain au sujet de l'immigration—qui sera en force bientôt—imposera une forte amende *en espèce* sur les compagnies qui se rendront coupables de pareille contravention. A ce propos notre gouvernement canadien ne saurait être trop sévère pour faire mettre en vigueur les lois restrictives à ce sujet—ou amender celles-ci de manière à les rendre encore plus sévères vis-à-vis les Compagnies transatlantiques ou les agences d'émigration. En face du nombre toujours croissant de ces émigrants orientaux peu désirables en somme, nous ne devrions pas être plus empressés à les accepter que nos voisins du Sud.

Dangers de la crème à la glace : Les journaux médicaux de Londres avaient entrepris depuis quelque temps déjà—une croisade contre la crème à la glace qui se débite dans les rues—c'est de celle-là naturellement que nous voulons parler. D'après le "New-York Herald", le rapport de l'officier de santé de la ville de Londres qui vient d'être publié, prouve surabondamment la nécessité du nouveau règlement qui sera mis en force dans cette ville en novembre de cette année au sujet de la vente de cet article qui contient souvent du poison. Sur 23 spécimens récemment examinés à Londres pas moins de 12 furent trouvés toxiques. Les Italiens appartenant à la classe qui débitent cette crème dans nos rues, ne se distinguant pas toujours par leur absolue propreté, leur marchandise—sinon toujours toxique—peut inspirer des doutes légitimes quant à sa bonne digestibilité.

C. V.

NÉCROLOGIE

Nous avons appris, avec chagrin, la mort de monsieur le docteur J. O. Bourget, terrassé à trente trois ans par une maladie des reins.

Notre regretté confrère laisse, dans St-Joseph de Lévis, un vide difficile à combler, car les Lévisiens avaient beaucoup d'estime pour celui dont une santé débile ne pouvait diminuer le dévouement.