

LA CLINIQUE

REVUE MENSUELLE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PUBLIÉE À MONTRÉAL

Vol. V

JUILLET 1899

N° 12

CORRESPONDANCE

—

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL LOZÉ (de Paris)

—

MON CHER CONFRÈRE,

Je me vois forcé de revenir sur cette question des grands lavages, non pour vous convaincre, vous vous déclarez irréductible, mais parce que je ne saurais accepter les conclusions de votre lettre parue dans le dernier numéro de LA CLINIQUE, non plus que celles de votre article du mois de janvier.

Je vais donc essayer de vous en donner les raisons en répondant d'abord à votre lettre puis à votre premier article dont je reprendrai les principaux points. Car ce n'est point sur des détails que nous différons d'opinion, mais bien sur l'ensemble même de la question.

Et d'abord croyez, mon cher confrère que je comprends et respecte votre attachement à votre maître, monsieur le docteur Guépin. Je comprends également que vous vous soyez rallié à sa pratique et que vous vous efforciez de la faire connaître.

Ayez aussi l'assurance que si vous vous étiez borné à faire l'exposé complet et l'éloge de la méthode de Guépin, je ne vous aurais jamais parlé de bibliographie. Point

n'eut été besoin d'en faire, d'ailleurs, puisque monsieur le docteur Guépin et vous, mon cher confrère, avez seuls écrit sur le sujet, à ce qu'il appert, du moins, par vos citations. Mais vous n'en êtes pas resté là, vous avez déclaré non avenues toutes les autres méthodes. Je n'ai jamais vu qu'on fît de telles affirmations sans apporter à l'appui quelques preuves ou, tout au moins, quelques raisons.

C'est pourquoi je me suis permis de vous rappeler que certains travaux avaient été faits, que je regardais comme dignes d'attirer votre attention, et que je vous supposais inconnu de par la nature même des objections que vous faisiez. Ces objections en effet avaient été depuis longtemps résolues, ainsi que vous le verrez plus loin, pour ce qui regarde, entre autres choses, la dilatation forcée de l'urèthre, les indications de laver la région prostatique et l'action antiseptique des lavages.

Vous redoutez aussi la pénétration dans la vessie des solutions un peu fortes et vous attribuez l'absence d'accidents dont je parle à mon habileté spéciale ? Cela est très flatteur pour moi. Malheureusement je dois à la vérité de dire que je ne mérite aucun éloge, car le succès est dû à la stricte observance des règles de la méthode et non à une habileté spéciale que je n'ai pas. Et la preuve c'est qu'ici, à Montréal, mes confrères, pour la plupart, font un usage constant de ces lavages, et vous répéteraient mot pour mot ce que j'ai eu l'honneur de vous affirmer.

Vous n'en croyez rien cependant et pour vous convertir, nouveau Paul, il vous faudrait un nouveau Damas ?

N'est-ce pas vous montrer bien exigeant dans notre siècle de progrès, où chacun juge sur des preuves matérielles que de réclamer un moyen tombé en désuétude depuis que la lumière de la science se fait de plus en plus éclatante ? Et n'est-il pas, d'ailleurs, à votre disposition, à portée de la main, pourrais-je dire, des moyens plus simples, plus faciles et tout aussi puissants ? Au lieu du chemin de Damas, que ne prenez-vous celui de Necker ?

Là, salle de la Terrasse, et grâce à l'amabilité et au bon vouloir de monsieur Janet, pour lequel je ne crains pas de m'engager, vous n'aurez qu'à ouvrir les yeux pour voir la démonstration clinique, quotidienne et complète des propositions que je vais m'efforcer d'exposer maintenant, avec autant de clarté que possible, malgré l'obligation où je suis d'être bref et forcément incomplet dans une simple réponse qui ne saurait être une thèse ni un traité. Voyons, maintenant votre article. (1)

Vous le commencez en affirmant qu'on a voulu faire des lavages une "panacée universelle." Or vous ne citez personne. Le lecteur est donc forcé de croire que ce "on" signifie les auteurs qui se sont le plus et le mieux occupés de la question. Car il n'est pas à supposer que vous combattiez une méthode en vous attaquant à ceux qui ne la savent pas même exposer telle qu'elle est. On ne saurait rendre la médecine responsable des erreurs de certains praticiens, non plus que la méthode responsable des fautes de certains défenseurs incompetents. Ce serait discuter à faux, sinon de mauvaise foi.

Or, c'est monsieur Janet qui a repris cette question des lavages, étudiée déjà en 1831 par le docteur Serre (2) et qui en a fait à proprement parler une méthode, méthode basée sur des théories démontrées exactes par l'expérience, ainsi que nous le verrons tout-à-l'heure.

Or, jamais, mon cher confrère, le docteur Janet n'a fait des lavages une panacée. Voyez sa première publication, en 1892, dans les annales des mal. des org. gen. ur., que je cite, comme suit, dans ma thèse, page 103 :

" Sur dix traitements abortifs M. le docteur Janet a eu neuf succès, ce qui est bien supérieur aux moyennes citées jusqu'à ce jour.

Si pourtant les statistiques sont favorables, dans cette occasion, ce n'est pas manque de nous trouver dans des conditions défavora-

(1) Clinique N° 6, page 257.

(2) Voyez l'historique dans ma thèse, page 61.

bles pour lutter. J'ai montré dès le début de cette thèse, qu'à Necker nous ne nommions blennorrhagiques que les écoulements à gonocoques. Or Diday, Boureau, et d'autres négligent de parti pris tout examen microscopique. Ils ont dès lors la chance de citer dans leur statistique des guérisons de pseudo-blennorrhagies. C'est un avantage qui n'est pas à dédaigner, puisque dans une statistique de quarante-neuf cas, publiée par M. Janet, treize cas appartenaient à cette variété d'urétrites.

De plus, Diday, par exemple, ne consent à tenter l'avortion que si l'écoulement n'est pas encore purulent, et s'il n'y a aucun gonflement du méat. Or, les écoulements à gonocoques deviennent très rapidement purulents, et il est très difficile, même pour un malade attentif, de constater un écoulement qui ne se révèle qu'en une légère goutte au méat, et qui ne produit aucune sensation. Il a donc de cette façon, la chance d'écarter presque à coup sûr les urétrites à gonocoques, surtout si l'on songe à ce fait que cette période non purulente est plus longue dans les écoulements qui ne sont pas dûs au gonocoque.

Ceci n'est pas néanmoins pour nous induire à faire autrement que nous avons fait, et puisque nous en avons le moyen à notre disposition, nous continuerons à dire au malade si oui ou non il a la chaudepisse, et à ne faire entrer dans nos statistiques que les urétrites spécifiques.

Cela n'est-il pas un peu loin de la "panacée universelle ?"

Je ne veux pas m'arrêter aux écoulements urétraux ! à qui vous accordez un point d'exclamation parce que (ce n'est pas toujours la même chose) que les urétrites.

Mais je ne peux laisser passer les craintes que vous manifestez au sujet des complications causées par les lavages : (orchites, cystites, etc.) et à cause desquelles vous trouvez : "qu'il est utile au premier chef... d'avoir, à proprement parler une *méthode* !"

Voyons, encore une fois, ne rendez pas la méthode responsable d'accidents qui ne se produisent jamais quand on fait les lavages comme on doit les faire ; comme on enseigne à les faire, à Necker.

Mais voyons encore, je cite, page 258 :

“ Peu à peu, on a dû abandonner les idées trop exclusives du début (spécificité des solutions de permanganate de potasse, par exemple, infaillibilité des lavages dans n'importe quel cas, etc...) et faire quelques timides distinctions ; mais le progrès ne s'obtient pas ainsi.—Une mesure radicale s'imposait, le sujet tout entier devait être repris à ses débuts et chacun de ses points, contrôlé, vérifié avant d'être admis.”

Vraiment ! Pour arriver au progrès, il fallait une “ mesure radicale.” Et avant monsieur le docteur Guépin, rien n'avait été contrôlé ni vérifié, mais admis, au hasard et à la grâce de Dieu ?

Eh bien, je n'en reviens pas.

Et moi qui, en 1892, avais l'honneur de travailler sous la direction de monsieur Janet, j'ai toujours pensé, au contraire, que les lavages avaient été étudiés avec cette méthode patiente, sûre et précise dont ne se départent jamais mon vénéré maître Guyon et ses élèves. Et qui pis est encore, je le crois toujours. — Vous avez vu que monsieur Janet faisait l'examen microscopique des écoulements — ce qui lui a permis dès le début de séparer nettement les blennorrhagies des écoulements à autres et divers microbes. Cela montre déjà que l'on entendait étudier les lavages sur des bases scientifiques et qu'on ne voulait pas s'attribuer des succès qui n'en auraient pas été. Il en a été de même de tous les points de la méthode. Ce n'est pas du premier coup, je vous assure, et de toutes pièces qu'on l'a édifiée. Non. Le résultat définitif n'a été obtenu que progressivement. Et tout le temps, chaque chose était contrôlée, vérifiée, avant d'être admise, non seulement par ceux-là même qui travaillaient à l'édification de la méthode, mais par les nombreux médecins venus chaque année de toutes les parties de la France, de toutes les parties du monde même, pour suivre l'enseignement du maître universellement reconnu.

—Vous n'êtes pas le premier, non plus, à avoir fait cette objection de la distension de l'urèthre. Dès le début elle s'imposa. Nous avions, il est vrai, depuis la dé-

monstration de Lavaux, en 1887, la certitude qu'il n'y avait aucun danger à forcer le sphincter vesical par la pression, mais avec un urèthre sain. Aussi monsieur Janet redoutait-il fort, au début, de s'attaquer à un urèthre enflammé. Il commença donc par pratiquer les lavages vésicaux seulement au début, avant toute inflammation aiguë, puis à la période chronique, alors que l'inflammation était disparue.

Peu à peu, remarquant la facilité avec laquelle les malades supportaient ces lavages, il en vint à les pratiquer au déclin de la période aiguë, et toujours, je vous le répète, sans inconvénient pour le malade.

Mais ce point admis, restait à classer les solutions antiseptiques suivant leur valeur respective. L'acide borique, l'acide phénique, le nitrate d'argent, le bichlorure de mercure et le permanganate de potasse furent tour à tour employés dans des séries analogues de malades.

Chaque malade avait son observation détaillée prise avec grand soin, et chaque jour on examinait la goutte présente au méat et l'on notait exactement le résultat de l'examen microscopique.

C'est ainsi que l'on s'aperçut tout d'abord que le permanganate était de beaucoup supérieur au sublimé dans le traitement des uréthrites à gonocoques

C'est alors que monsieur Janet frappé de la réaction séreuse produite par le permanganate alors qu'elle manque avec les autres antiseptiques et que le nitrate d'argent, lui, donne une réaction muco-purulente ou franchement purulente, c'est alors, dis-je, que monsieur le docteur Janet attribua à cette réaction séreuse, l'effet spécial du permanganate. Et il avait raison.

En effet, changeant dès lors la direction du traitement, il s'efforça de produire cette réaction et de la maintenir dans les limites voulues. Car trop forte, elle devenait purulente et les gonocoques repullulaient à la faveur des leucocytes abondants dans l'écoulement. On obtenait l'effet

contraire. Relisez la description de monsieur Janet citée dans ma thèse et que j'ai publiée dans LA CLINIQUE, page 308, dernier aliéna. Vous pourrez encore consulter ma thèse, page 53, "action spéciale du permanganate de potasse.

Or, c'est en cherchant cette réaction séreuse, toujours la même, que monsieur Janet fut amené à employer ces solutions fortes qui vous effrayent tant et que vous proscrivez.

En effet, il vit, et chacun peut voir, qu'un urèthre qui, le premier jour, réagit avec une solution à 1 pour 4000, ne réagit presque plus le quatrième jour avec une solution de 1 pour 2000 et souvent de 1 pour 1000 et ainsi de suite.

Je vous dirai même que j'ai, pour ma part, fortement dépassé les doses conseillées par monsieur Janet et qu'il m'est arrivé souvent de laver la vessie, avec des solutions de permanganate à 1 pour 500 et même à 1 pour 300. Et sans inconvénient, tout improbable que cela paraisse au premier abord. J'irai plus loin et je vous dirai que, sauf de très rares exceptions, toutes les vessies arriveraient à supporter de telles doses, si cela était nécessaire. Heureusement la guérison se produit, en général, bien avant.

Je dirai une autre fois les raisons de ces lavages avec des solutions très fortes.

Mais s'il est parfois sans inconvénient et même avantageux d'employer ces hautes doses, il n'en est plus de même quand on emploie des solutions trop faibles ou de laver une vessie avec de l'eau pure en passant par un urèthre fortement infecté. C'est une question que j'ai traitée dans ma thèse à la page 95 sous le titre "dangers du permanganate," où diverses objections sont discutées. En effet une solution neutre peut repousser des microbes dans la vessie et n'ayant sur eux aucune action bactéricide, les laisser là se développer en paix, ainsi qu'il m'a été donné d'en observer quelques cas.

J'admets avec vous que la réaction séreuse produite par le permanganate est chimique. Cela n'empêche pas le permanganate d'avoir sur les infections gonococciques, à l'encontre de ce que vous prétendez, une action curative toute spéciale. Mais les autres antiseptiques, le sublimé, notamment, n'ont pas cet avantage. Ils doivent donc leurs propriétés curatives à leur pouvoir bactéricide. La démonstration en est facile à faire dans le traitement des uréthrites secondaires à bactéries pyogènes, par exemple. Ces uréthrites guérissent rapidement par l'emploi de solutions de sublimé. Je vous assure qu'il n'en est pas ainsi avec des lavages à l'eau pure ou faits avec des solutions boricées.

Mais pour juger du pouvoir antiseptique il faut pratiquer, cela va sans dire, une désinfection totale de la surface infectée. A quoi peut servir, en effet, de désinfecter l'urèthre antérieur en laissant un vaste champ d'infection d'où les microbes reviennent à plaisir infecter le canal antérieur ?

Or, mon cher confrère, vous ne lavez en général que l'urèthre antérieur. Vous ne lavez la région prostatique que dans des circonstances exceptionnelles.

De là vient, n'en doutez pas, notre divergence d'opinion.

Elle est encore accrue par le fait que ne produisant pas de distension, vous ne forcez pas le liquide à pénétrer non seulement dans la vessie, mais encore dans les interstices de l'épithélium ni dans l'ouverture des glandes uréthrales ou de leurs conduits et n'obtenez, par conséquent qu'une action toute superficielle qui ne saurait survivre à la durée même du lavage.

Au contraire, nous employons des solutions plus fortes qui impregnent l'épithélium, pénètrent ses interstices et les conduits glandulaires en les désinfectant. L'action du lavage se prolonge ainsi plus ou moins longtemps et nous bénéficions presque des avantages de la compresse humide

antiseptique laquelle est, comme chacun sait, bien supérieure aux simples lavages à grande eau. Mais surtout le grand avantage de la méthode est de laver toute la surface malade et abondamment, non pas avec un demi litre mais un litre. Les microbes repoussés dans la vessie sont ainsi noyés et rejetés au dehors sans danger pour le malade. Ces lavages ne produisent pas d'accidents, comme on le démontre tous les jours à Necker. Et ils ne sont pas infirmés par les accidents que vous avez constatés et qui dépendent non de la méthode mais de ce que, précisément, on n'a pas observé ses règles. La sonde, mon cher confrère, n'a-t-elle pas à son actif des accidents nombreux et sérieux ? Et cependant vous n'en continuez pas moins à employer avec avantage l'appareil de Reliquet, lequel date de 1866, et oblige de se servir d'une sonde en gomme, difficilement stérilisable et dont l'usage est si délicat qu'il demande tous les soins d'un spécialiste.

Notez que je ne veux point le critiquer. Je suis même prêt à admettre votre méthode comme excellente, en me gardant bien cependant de l'employer, et surtout de la recommander au praticien ordinaire.

Je tenais seulement à vous donner les raisons qui m'empêchent d'accepter la conclusion de votre article, à savoir que " la méthode de Guépin est la seule complètement satisfaisante."

Croyez bien, mon cher confrère, qu'en défendant de mon mieux la méthode que je crois la meilleure, je n'ai pas eu l'intention de faire de personnalité blessante, surtout à votre adresse, car vous me paraissez écrire avec beaucoup de bonne volonté, mais avec une connaissance évidemment insuffisante de la méthode que je serais heureux de vous voir aller contrôler de visu, à Necker.

J'ose donc espérer que vous agréerez l'expression de ma haute considération confraternelle.

15 juin 1899.

REPRODUCTION

CLINIQUE MEDICALE

Confusion possible entre l'urémie, la méningite et l'hémorrhagie cérébrale

PAR

M le Docteur H. RENDU

(Suite)

J'avais moins de gêne avec la méningite tuberculeuse que je rejetais volontiers. Celle de l'adulte n'offre pas les stades bien tranchés de celle des enfants et son diagnostic est toujours difficile précisément à cause de la diversité des accidents. Cependant, dans l'immense majorité des cas, le pouls est irrégulier et ralenti, la respiration est irrégulière, l'albumine fait défaut dans l'urine et les signes stéthoscopiques révèlent l'état tuberculeux du poumon. Or, nous notions 80 pulsations radiales, régulières, nous avions une grande abondance d'albumine et le poumon ausculté avec soin, nous paraissait absolument sain. Le malade n'avait donc comme symptômes d'une méningite tuberculeuse que la raideur de la nuque et la contracture généralisée.

Ne me trouvant satisfait ni par l'hypothèse d'hémorrhagie cérébrale ou méningée ni par celle d'une méningite cérébro-spinale ou tuberculeuse, j'arrivais par exclusion à celle d'urémie.

J'avais pour m'y conformer les motifs suivants. Les urines étaient chargées d'albumine, elles étaient rares et pendant trois jours, il y a même eu anurie vraie. Je trouvais des signes de paralysie avec contracture diffuse, avec une résolution incomplète des membres. Je voyais les pupilles petites, contractées comme dans l'urémie cérébrale. J'étais en présence d'un homme jeune, vigoureux qui pouvait avoir une néphrite latente, mais qui n'avait au poumon ni pneumonie, ni tuberculose. Et c'est

sur ce raisonnement que j'ai incliné pour l'urémie plutôt que pour la méningite.

La thérapeutique naturellement s'en est suivie : j'ai saigné et purgé. Les résultats obtenus ont paru d'abord me donner raison. Si l'urine était rare et albumineuse, la respiration n'était pas suspicieuse, le pouls était toujours régulier et à la même vitesse. De plus, l'intelligence semblait revenir au malade ; il prenait connaissance du monde extérieur, il répondait par oui et non assez justement aux questions posées. Les pupilles encore contractées étaient plus sensibles à la lumière ; la déviation conjuguée des yeux persistait néanmoins. Par contre, les contractions avaient diminué. Les réflexes supprimés à gauche étaient conservés à droite. L'opinion fut que les désordres paralytiques tenaient à un œdème cérébral et on administra, une nouvelle fois, de l'eau-de-vie allemande.

Le lendemain, l'état était moins bon ; le coma était plus complet, l'engourdissement plus profond. Le malade ne connaissait plus les personnes. Sa respiration était lente, entrecoupée de pauses, presque du type Cheyne-Stokes.

Le surlendemain, 11 mars, au moment de la visite, il était encore plus mal. L'urine encore diminuée était encore plus albumineuse ; l'hémiplégie était plus complète ; il y avait un commencement d'eschare sacrée. Les accidents bulbaires étaient proches comme en témoignait la dyspnée et c'est dans la soirée de ce jour que la mort arriva.

Le premier jour, j'avais adopté l'hypothèse urémie, plus tard, à cause de l'eschare, j'ai cru à une hémorragie.

Voici maintenant les résultats de l'autopsie.

Elle nous montre d'abord une méningite tuberculeuse avec épanchement intraventriculaire et sous-arachnoïdien, avec granulations caractéristiques le long des artères et exsudats caséeux dans les scissures de Sylvius et abondants surtout à droite.

Mais une deuxième découverte qui nous a vraiment stupéfié, a été celle d'une tuberculose pulmonaire des deux sommets infiltrés, offrant des foyers de ramollissement et même des petites cavernes. En outre, les bases étaient congestionnées et il existait un léger épanchement pleural à droite qui nous a échappé parce qu'il s'est produit dans ces deux derniers jours pendant lesquels on n'a pas ausculté le malade pour le laisser tranquille.

Il faut que nous cherchions quels liens unissent les lésions constatées anatomiquement et les phénomènes observés pendant la vie.

Les exsudats abondants qui existaient le long des vaisseaux de l'hémisphère droit expliquent l'ischémie de cette région cérébrale et l'hémiplégie consécutive de même que la lésion des méninges fait comprendre les contractures. Je ne reviens plus sur le diagnostic de l'urémie que pour dire quelques mots. J'ai eu tort de n'apporter qu'une médiocre attention à la raideur de la nuque qui est rare dans l'urémie ; cette affection provoque des contractures des membres plutôt que du cou et des mâchoires. En deuxième lieu, l'hypothermie est fréquente dans l'urémie. Or, sauf le dernier jour où le thermomètre est monté à 40°, les températures enregistrées dans notre observation ont été de 38° et c'est un degré trop élevé pour un urémique. Il est bien vrai qu'on rencontre des cas d'urémie avec hyperthermie, ainsi qu'on peut en lire les relations dans un travail de M. Thérèse ; mais il est certain que la loi de Bourneville qui attribue une température basse aux urémiques ne comporte qu'un petit nombre d'exceptions.

Maintenant, que signifie cette auscultation donnant des résultats négatifs alors que les sommets avaient des points ramollis, étaient même cavernuleux ? Comment l'expliquer ? L'explication est peut-être difficile, mais le fait ne semble plus extraordinaire et isolé si on y réfléchit quelques instants. Quand, en effet, on suit un malade qui porte de grosses lésions pulmonaires, on peut le voir prendre un jour, une méningite. Or, quand la céphalée, la somnolence, l'engourdissement cérébral, signes de la méningite se développent, le malade qui toussait et crachait, cesse de cracher et de tousser ; il respire comme tout le monde et si on l'ausculte on n'entend plus aucun râle dans son poumon. Que le phénomène se produise parce que le malade n'a plus besoin de respirer ou parce que les sécrétions bronchiques cessent, il existe certainement et voilà pourquoi nous n'avons rien trouvé chez notre jeune homme, bien que j'aie cherché la tuberculose dans ses poumons malgré sa belle apparence vigoureuse.

Le diagnostic eût été facile si on l'avait su atteint d'une bronchite chronique, s'il était entré plus tôt dans le service. Mais le diagnostic à établir sur des individus inconnus, apportés au dernier moment à l'hôpital, avec des lésions faites, constitue souvent un problème de pathologie des plus difficile à résoudre. Il l'est même parfois à propos d'individus que l'on connaît bien ainsi que vous allez en juger vous-mêmes.

En ce qui concernait notre deuxième malade, je savais, en effet, tout ce que je pouvais savoir ; je l'avais vu et soigné jadis ;

il avait une néphrite ; rien ne m'était caché de sa situation passée et actuelle et j'ai néanmoins commis une erreur à son égard en disant qu'il avait été emporté par une crise urémique.

Il avait eu la variole en 1870, la fièvre typhoïde en 1878. Depuis il se plaignait toujours de maux de tête fréquents. Il était terrassier ; il avait quarante-huit ans et il était alcoolique. Son teint était pâle, un peu terreux. Il était déjà venu deux fois dans mon service quand il y est entré de nouveau le 6 décembre 1898, en puissance d'urémie. Son urémie se manifestait par de la céphalée, de la stupeur, des vertiges, des vomissements, des urines blanches, rares et albumineuses, un pouls lent. Il offrait un nystagmus transversal qui existait, selon lui, depuis l'époque de sa variole ; ses pupilles étaient petites. Il avait de petites secousses convulsives. Son caractère était devenu ombrageux, taciturne ; il se laissait mal examiner. J'ai cru qu'il succomberait. Mais ayant pu le faire uriner avec la théobromine, au bout de trois semaines, il était hors de danger ; les vomissements, le mutisme avait disparu dès qu'il avait uriné. Il avait un cœur hypertrophié, les artères dures ; on entendait un bruit de galop très net ; sa maladie était un type parfait de néphrite interstitielle et elle le tenait sans cesse sous la menace d'une crise d'urémie, malgré une quantité quotidienne de trois ou quatre litres d'urine.

J'aurais désiré le garder sous ma surveillance, mais, dès qu'il se sentit mieux, il voulut quitter l'hôpital. Mais il fut contraint d'y entrer cinq jours plus tard et fut admis chez M. Barth qui le traita pour une urémie chronique.

Enfin, trois jours après un nouveau départ de l'hôpital, il nous est revenu le 7 mars. Il vomissait continuellement ; son obtusion cérébrale et sa stupeur étaient grandes ; il dormait mal ; son ancien nystagmus persistait toujours ; il avait des éblouissements. Ses jambes étaient œdématisées malgré une diurèse abondante, trois à quatre litres d'urine pâle avec trente centigrammes d'albumine par litre et une densité faible. Au cœur, on percevait un bruit de galop ; les poumons étaient normaux. Les médicaments employés furent l'eau-de-vie allemande à doses répétées et la lactose, un peu d'antipyrine contre la céphalée et de bromure de potassium. On avait à lutter contre les effets d'une artério-sclérose généralisée et contre une urémie qui était réelle en dépit de la grande quantité des urines qui, d'ailleurs, contenaient peu de substances extractives.

Du 7 au 10 mars, il reste au lit, plongé dans la stupeur, se plaignant du mal de tête, on lui donne de l'aloès tous les jours. Le 11 et le 12 mars, il va mieux ; l'œdème disparaît ; on recueille trois litres et demi d'urine avec un gramme d'albumine, c'est-à-dire plus qu'à l'entrée. Le 13 mars, le malade se lève, il va et vient, marche sans tituber. Le lendemain 14, il est encore plus actif, il est content ; il se déplace volontiers et descend quatre fois au jardin ; le soir, il mange de bon appétit. Et..... dans la nuit, on est obligé d'appeler pour lui l'interne de garde qui était justement l'interne du service. Vers onze heures du soir, il se plaint d'un fort mal de tête, il tombe dans la somnolence, dans le coma avec gêne respiratoire, respirant suivant le mode de Cheyne-Stokes et c'est ainsi que le trouve M. Mercier. La pensée que l'homme était retombé dans une crise nouvelle d'urémie s'imposait : une saignée de trois cents grammes fut pratiquée. Elle ne réussit pas à réveiller le malade qui mourut trois heures plus tard. Le lendemain matin, d'après le récit de mon interne, je crus, comme lui, que le malade avait succombé dans une attaque urémique.

L'autopsie nous a donné tort, à tous deux.

Le rein était petit, atteint de dégénérescence corticale ; il était le rein de la néphrite interstitielle. L'état du cœur répondait à celle du rein : gros ventricule gauche très musclé et, appendu à son côté, un petit ventricule droit. L'état des artères était conforme à celui du rein et du cœur, elles étaient dures et sclérosées.

La cause de la mort avait été une hémorrhagie protubérantielle. Dès qu'elle s'était produite, il en était résulté l'apparition du type bulbaire de la respiration, semblable à celui des urémiques, composé de périodes successives d'apnée et de dyspnée reliées entre elles par des phases plus courtes, où la respiration est de plus en plus rapide, les autres, où elle est de plus en plus lente. En outre, l'apoplexie protubérantielle avait provoqué la contraction des pupilles notée par l'interne au moment de la crise finale et qui l'avait assuré davantage dans son diagnostic d'urémie. Tout le plancher de la protubérance était décollé et le quatrième ventricule avait été envahi. Dans d'autres régions du cerveau, nous avons trouvé plusieurs foyers de ramollissement.

Aurait-il fallu voir dans la céphalée persistante, dans le nystagmus, les signes d'anévrysmes miliaires des artères de l'encéphale ? Peut-être. Mais les différents symptômes observés s'expliquaient très bien par l'urémie et le nystagmus remontait

à une trentaine d'années déjà. Quoi qu'il en soit, il est certain, d'après les accidents de la fin, qu'aux désordres causés par l'urémie s'ajoutaient sans aucun doute ceux qui étaient dus à l'altération des vaisseaux de la protubérance atteints d'anévrysmes miliaires.

Beaucoup de brightiques meurent d'hémorrhagie cérébrale ; ils peuvent mourir aussi d'hémorrhagie cérébelleuse et d'hémorrhagie protubérantielle. Celle-ci, chose remarquable, s'est manifestée, dans notre cas, par les mêmes symptômes que l'urémie et tellement bien que nous avons été induits par eux en erreur complète.

Dans l'espèce, l'erreur était pour ainsi dire théorique, car le rein était trop malade, même si l'urémie avait été réellement en cause, pour permettre une longue survie. Cela n'empêche pas que cette observation et la première que je vous ai rapportée, soient toutes deux suggestives et vous montrent quelle réserve on doit mettre en formant un diagnostic d'urémie. Il faut que vous évitiez de vous lancer sur une fausse piste et que vous vous rappeliez qu'une méningite, une hémorrhagie des vaisseaux de l'encéphale et l'urémie peuvent être prises l'une pour l'autre.

NOTE

Il peut être intéressant de rapprocher de l'histoire du premier malade de M. Rendu celle qui est rapportée par M. Jaccoud dans ses cliniques.

Il s'agit d'un homme robuste de quarante ans. Tout ce qu'on sait sur lui, c'est qu'il est malade depuis huit à dix jours et qu'il n'a pas été tout d'abord obligé de s'aliter.

Le 2 novembre, quand il entre à l'hôpital, il est dans le coma et est insensible à toutes les excitations extérieures. On ne note ni élévation de la température ni accélération du pouls. Aucune altération de l'urine ; pas d'œdème ; pas de symptômes cardiaques. Quelques râles fins avec légère submatité en haut, en avant et à gauche du thorax.

Dans la journée du 3 novembre, coma entrecoupé de périodes d'agitation avec tremblement et manifestations délirantes professionnelles. " On se risque à ébaucher un diagnostic " et on pense à un *delirium tremens* au moment de la résolution d'une pneumonie, maladie première.

Pendant les trois jours suivants, mêmes phénomènes cérébraux ;

apyrexie complète ; les râles du sommet gauche deviennent plus gros ; ils confirment la présomption d'une tuberculose.

Le 7 novembre, le malade est tranquille ; il est un peu revenu à lui ; il comprend les questions qu'on lui pose, néanmoins, il est incapable de nous renseigner sur son état antérieur. Pas de fièvre ; aucun vestige de contracture ou de paralysie. Râles plus gros à gauche ; quelques râles aussi au sommet droit.

Le 8 novembre, le malade retombe dans la somnolence ; au soir, les yeux sont déviés en haut et à gauche et la température est inférieure à la normale.

Le 9, mort dans le coma sans élévation de température.

Autopsie.—Opalescence et opacité des méningites autour du chiasma et dans les scissures de Sylvius ; granulations grises demi-transparentes, sur presque toute l'étendue de la pie-mère dans la région basilaire ; pas de lésions de la convexité ; pas de liquide louche dans les ventricules.

Dans le poumon gauche, infiltration granuleuse compacte avec commencement de formations cavernuleuses ; le sommet droit est aussi tuberculeux.

L'intensité et le siège des lésions méningitiques ne sont pas les mêmes chez le malade de M. Rendu et chez celui de M. Jaccoud. Mais tous deux sont jeunes, tous deux sont tuberculeux, tous deux ont été amenés dans le coma à l'hôpital. L'un a eu du délire avant d'être dans le coma ; l'autre est, au contraire, sorti du coma pour entrer dans le délire.

Et enfin — c'est un point qui semble susceptible d'attirer l'attention — à la veille de la mort, le malade de M. Rendu a secoué son coma, celui de M. Jaccoud est sorti de son délire ; tous deux ont repris un léger contact intelligent avec le monde extérieur ; ils ont pu reconnaître pendant quelques heures ceux qui le entouraient, les comprendre, leur répondre. Et puis, pour tous deux, la lumière s'est définitivement éteinte peu de temps, un jour avant la mort.

M. Jaccoud cite encore une observation de M. Boinet, relative à une femme de cinquante-deux ans, prise brusquement, au cours d'une tuberculose généralisée de vertige et de perte de connaissance. A la suite, pendant quinze jours, elle est en proie à un délire agité. Puis elle revient à elle, reconnaît sa fille et, le jour suivant, elle meurt dans le coma sans convulsions.

Pourquoi cette amélioration momentanée et comment l'expliquer ? M. Rendu a pu l'attribuer au traitement antiurémique qu'il avait institué. Mais que dire pour les deux autres malades ?

Il semble bien, en tout cas, que ce retour apparent à la vie, survenant à la veille de la mort, n'est pas un accident banal.

Aux faits qui précèdent, j'ajouterai celui-ci. Il y a deux ans, le docteur Bazin (de Carrouges) et moi nous avons eu occasion de voir un jeune homme de dix-neuf ans, fort et robuste, peintre de son état, qui avait été pris subitement d'accidents aigus. Il fut d'abord agité par un violent délire. Il eut du strabisme ; il eut de la fièvre ; ses urines analysées une fois ne contenaient pas d'albumine ou à peine des traces. Nous avons songé aux trois diagnostics : delirium tremens, attaque d'urémie consécutive à une néphrite saturnine, méningite et ayant adopté ce dernier, nous avons donné du calomel.

Quoi qu'il en soit, après quelques jours de délire, le malade revint à lui, reconnut sa mère appelée à ses côtés, reconnut les gens de son hôtel, répondit à nos questions, mais, le lendemain, il retomba dans le coma et mourut.

Qu'est devenue la scrofule ?

PAR

M. LE DOCTEUR GALLOIS

On reproche souvent aux médecins de créer des maladies nouvelles. Nous n'en créons pas plus que Colomb n'a créé l'Amérique. Il serait au moins assez juste de reconnaître que nous en avons supprimé quelques-unes, telles que l'infection purulente ou la variole. Mais à côté de ces maladies réellement supprimées, il en est d'autres dont le nom seul a disparu. C'est ainsi que dans les traités de médecine on ne trouve plus, par exemple, de chapitre intitulé "hydropisie". Cela tient à ce que de nouvelles méthodes de recherches, l'anatomie pathologique, l'auscultation, l'analyse des urines, nous ont permis de dissocier le groupe hydropisie, basé sur des données exclusivement cliniques, en une série d'affections nettement caractérisées du cœur ou des reins.

Parfois, comme pour la pléthore, la transition entre l'ancienne dénomination clinique et la nouvelle nomenclature anatomique s'est faite en quelque sorte inconsciemment. Quand Bright décrivait la néphrite interstitielle, quand Lancereaux, puis Gull et Sutton, individualisaient l'artério-sclérose, ils ne pensaient pas

qu'ils décrivaient l'anatomie pathologique de l'ancienne pléthore. Ce mot " pléthore " a pu disparaître de la terminologie clinique lorsqu'il est devenu, pour ainsi dire, vide de sens, les différents signes qui permettaient de faire ce diagnostic s'étant trouvés annexés un à un à l'artério-sclérose. On avait alors une étiquette plus exacte à sa disposition ; par suite, l'ancienne étiquette tomba en désuétude.

Il nous semble qu'actuellement le mot " scrofule " subit un déclin analogue à celui de " pléthore " On ne porte plus le diagnostic " scrofule." Cette décadence est due à un excès de grandeur passée. Qu'était, en effet, autrefois, la scrofule. C'était un engorgement chronique des ganglions lymphatiques du cou. Sans doute, dans le groupe ainsi constitué, on avait englobé des faits disparates. On ne savait pas distinguer les cancers ganglionnaires, le lymphadénome, l'actinomycose, des adénites, tuberculeuses ou non, qui constituent la véritable scrofule. Les choses restèrent à peu près en l'état jusqu'au milieu du XVII^e siècle. A cette époque, Lalouette remarquant que l'impétigo de la face pouvait donner lieu à de l'adénite cervicale se dit : " l'impétigo et la scrofule, c'est la même maladie," ce qui n'était pas trop inexact. Nous savons, en effet, maintenant que l'impétigo est une source d'infection ganglionnaire. A la suite de Lalouette on annexa à la scrofule toutes les affections cutanées, oculaires ou nasales, qui peuvent infecter également les ganglions de l'angle de la mâchoire.

Bazin alla plus loin. Ayant constaté que la tumeur blanche, les ostéites, les caries, les tuberculoses viscérales étaient des conséquences fréquentes de l'adénite cervicale chronique, il fit rentrer toutes ces manifestations dans le cadre de la scrofule. A cette époque cette maladie atteignit son maximum d'expansion. Mais toutes les maladies, ainsi annexées à la scrofule, étaient des équivalents de la scrofule, ce n'était pas la scrofule. Faisons-en abstraction pour le moment et, pour savoir ce qu'est devenue la scrofule, replaçons-nous en quelque sorte dans la même situation que les prédécesseurs de Lalouette.

Voici un enfant qui se présente à nous avec des ganglions cervicaux engorgés. Il n'a aucune lésion bacillaire des os, ou des viscères, il n'a aucune manifestation cutanée. C'est bien là un malade chez lequel les anciens médecins auraient porté le diagnostic " scrofule " et ils étaient dans leur droit n'ayant pas d'autre étiquette à leur disposition pour désigner cette maladie. Mais nous, qui depuis Bichat, savons qu'une lésion ganglionnaire

est toujours le reflet d'une lésion cutanée ou muqueuse, si nous n'avons rien trouvé à la peau, nous examinerons la gorge. Et qu'y trouverons-nous neuf fois sur dix au moins maintenant que Meyer nous a appris à manier le miroir pharyngien ? Des végétations adénoïdes.

Végétations adénoïdes, n'est-ce pas là le terme que nous avons substitué à celui de scrofule ? Cette substitution est-elle légitime ? Voyons si les descriptions données de la scrofule contiennent des passages se rapportant à la maladie de Meyer. L'article écrit par M. Grancher en 1878 dans le *Dictionnaire encyclopédique*, nous fournira des renseignements. Voici ce qu'on y trouve (p. 328).

“ Le catarrhe nasal des scrofuleux peut débiter par l'état aigu ou être d'emblée chronique. Il est parfois accompagné d'impétigo scrofuleux. Le nez est gonflé, hypertrophié. La lèvre supérieure présente souvent, à sa face externe, de la rougeur, de l'exulcération ou de l'irritation de la peau par le liquide excrété. Les mucosités se concrètent et oblitérent plus ou moins complètement les fosses nasales que rétrécit déjà le gonflement de la muqueuse. De là le langage nasonné et l'habitude de respirer par la bouche. C'est au coryza que beaucoup d'auteurs attribuent le gonflement de la lèvre supérieure que nous avons signalé à propos des caractères de la prédisposition scrofuleuse. Le catarrhe scrofuleux cesse souvent quand la scrofule devient plus grave.

L'ozène, accident de la scrofulide maligne, débute le plus souvent d'emblée, à la suite d'altérations de la pituitaire et des parois osseuses. Il est, du reste, beaucoup plus rare dans la scrofule que dans la syphilis.

Il n'est pas rare d'observer chez les scrofuleux une otorrhée qui, plus tard, peut entraîner la surdité. Ordinairement, en ce cas, l'affection est unilatérale, l'écoulement est séro-purulent...

Nous ne décrirons pas comme appartenant à la scrofule bénigne les altérations débutant par la carie et celles plus profondes s'accompagnant de la carie du rocher...

L'angine scrofuleuse est très fréquente. C'est surtout l'amygdale qui est atteinte. Rien n'est plus fréquent que les attaques d'amygdalite aiguë. Après chaque attaque, les amygdales restent toujours un peu plus hypertrophiées et finissent par former souvent deux grosses masses arrivant presque au contact sur la ligne médiane.

L'hypertrophie de l'amygdale peut être primitive et la fré-

quence des lésions de cette glande fournit un argument en faveur de son rapprochement avec les ganglions lymphatiques si souvent atteints par la scrofule.

En même temps les piliers du voile du palais de la muqueuse de la trompe d'Eustache prennent une teinte rouge granitée.

Il arrive souvent qu'à la suite de ces angines, le malade garde une voix nasonnée ou de la surdité, du bourdonnement d'oreilles, des sifflements, quelquefois même de la gêne respiratoire."

Il n'y a pas d'hésitation possible. A la suite de la description des rhinites chroniques, voilà bien la description presque complète de la maladie de Meyer, avec l'occlusion nasale, la voix nasonnée, la respiration buccale, l'otorrhée, la carie du rocher, l'hypertrophie des amygdales, la pharyngite, la salpingite eustachienne, et même la dyspnée. Au sujet de cette dyspnée, ajoutons que Milcent, dans sa thèse sur la scrofule en 1846, signalait que chez les strumeux, " la poitrine était étroite, le thorax souvent déformé, le sternum fait saillie en avant et en haut." D'autre part, Fournier et Bégin, dans le *Dictionnaire en 60 volumes*, faisaient remarquer les yeux gros et saillants. Ce sont là des signes notés également par Meyer. En somme, à cette description que manque-t-il pour qu'on y reconnaisse les végétations adénoïdes ? Rien, sinon les végétations elles-mêmes. La maladie de Meyer était donc comprise dans la description générale de la scrofule.

Mais si les adénoïdiens faisaient partie des scrofuleux, ils y constituent évidemment un groupe extrêmement considérable. Ils doivent donc avoir laissé leur empreinte manifeste sur la description générale de la scrofule. En vérifiant, on s'aperçoit, en effet, que la plupart des caractères étiologiques cliniques ou thérapeutiques considérés comme typiques de la scrofule sont ceux des végétations adénoïdes.

Ainsi, par exemple, la scrofule était héréditaire, comme les végétations adénoïdes. Elle était extrêmement commune. " Peu d'enfants, disait-on, y échappent." Lermoyez dit des adénoïdes qu'elles " courent les rues."

A quel âge se manifeste la scrofule ? " C'est de cinq à quinze ans que les manifestations scrofuleuses sont le plus nombreuses," dit Brissaud dans son article, *Scrofule, du Dictionnaire de Jaccoub*, p. 723. " C'est de cinq à quinze ans que se montrent, le plus souvent, les végétations adénoïdes " ; ainsi s'exprime Lermoyez dans sa *Thérapeutique des maladies des fosses nasales* (t. II, page 325). On ne peut trouver concordance plus parfaite.

Au point de vue clinique, la scrofule a été considérée comme une diathèse, c'est-à-dire comme un état durable, permanent. On disait "un scrofuleux," on n'aurait pas dit un impétigineux, parce que l'impétigo, quelle que soit sa durée, n'est qu'un accident transitoire. On dit de même un adénoïdien pour exprimer qu'on reste adénoïdien pendant de longues années.

La scrofule avait un facies caractéristique qui permettait de la diagnostiquer sans autre manifestation extérieure, même sans l'adénite caractéristique. Les végétations se diagnostiquent également par un simple coup d'œil, l'examen de la gorge n'est même pas nécessaire, dans la plupart des cas, pour vérifier ce diagnostic. On reconnaît un adénoïdien dans la rue aussi facilement qu'un ataxique, fait remarquer Lermoyez. Mais les descriptions du facies de la scrofule et du facies adénoïdien ne concordent pas absolument. Cela tient à ce que le facies adénoïdien, si admirablement décrit par Meyer, n'est pas constant. Beaucoup d'adénoïdiens n'ont pas le nez étroit, la voûte en ogive, les incisives supérieures en arrière des inférieures, et cependant un œil exercé détecte des adénoïdes même en l'absence de ces caractères.

Enfin, au point de vue thérapeutique, les médicaments souverains de la scrofule étaient l'iode et l'huile de foie de morue. Ne sont-ce pas encore les agents de la thérapeutique médicale employés dans le traitement des adénoïdes ? la solution iodée, recommandée par Lugol dans la scrofule, n'est-elle pas encore avantageusement prescrite aux adénoïdiens ?

D'ailleurs, "adénoïdes" ou "adénomes pharyngiens" ne sont-ils pas des mots anatomiques exprimant l'idée d'une lésion de l'appareil lymphatique, tout comme les mots "lymphatisme," "strume" ou "scrofule," ce dernier signifiant primitivement "adénite cervicale chronique."

On peut donc conclure que la vraie scrofule, telle qu'on la comprenait avant Lalouette et Bazin, celle qui n'avait d'autres manifestations extérieures que l'adénite cervicale, était la conséquence de lésions insoupçonnées du nez et de la gorge et particulièrement des végétations adénoïdes. Meyer, en décrivant les adénoïdes, n'a pas, comme on le dit communément, décrit une maladie nouvelle, mais il a apporté la contribution la plus importante à l'anatomie pathologique de la scrofule. Ce n'est pas là, d'ailleurs, une critique. Il a, en effet, rendu aux scrofuleux le même service que Bright aux pléthoriques lorsqu'il a décrit la néphrite interstitielle. Meyer, en somme, a fait passer la scrofule de la phase clinique à la phase anatomique de son histoire, ce qui, pour une maladie, constitue un progrès considérable.

Ce rapprochement que nous établissons entre la scrofule ancienne et les lésions du naso-pharynx est-il une simple affaire d'histoire médicale, ou bien peut-il fournir des indications pratiques intéressantes ? Il a une certaine utilité. Quand on prend isolément chacune de ces expressions " scrofule " ou " végétations adénoïdes " on constate que l'une et l'autre éveillent une série d'idées assez différentes.

" Scrofule " fait penser à une maladie générale sans lésion locale ; " végétations adénoïdes " représente, au contraire, à l'esprit une altération purement locale. Chacune de ces expressions n'évoque, en somme, qu'un côté de la question. Les rapprocher c'est fusionner d'une part toutes les notions accumulées par les anciens cliniciens — spécialement pour l'École française — et d'autre part les découvertes effectuées par Meyer. C'est renouer la tradition. Le mot scrofule condensait pour nous tout le travail plusieurs fois séculaire des médecins antérieurs à l'emploi du miroir pharyngien. En disparaissant, il risquait d'entraîner la disparition de toutes les notions qui s'étaient lentement cristallisées autour de lui.

Essayons donc de compléter la conception de Meyer qui n'avait vu que le côté pharyngien de la question, en y adjoignant les notions que représente pour nous le mot de scrofule. Si ce raccord s'effectue sans difficulté ce sera encore un nouvel argument en faveur de l'identification que nous proposons.

Que nous représente donc le mot scrofule ? Ce qu'il représente est peut-être un peu confus et les discussions théoriques qui se sont élevées au sujet de la pathogénie de la maladie qu'il désigne ont un peu obscurci sa signification. Chacun a, jusqu'à un certain point, sa définition propre de la scrofule. Pour les uns la scrofule n'est autre chose que de la tuberculose, pour d'autres ce n'est qu'une prédisposition à cette maladie, pour d'autres encore c'est une prédisposition à des infections diverses.

Étudions d'abord les rapports des végétations adénoïdes avec la tuberculose. Les adénoïdiens deviennent-ils fréquemment tuberculeux ? C'est un fait incontestable. Quand, dans les consultations hospitalières, on voit s'avancer un sujet de vingt à trente ans, présentant le facies adénoïdien, on a autant de chances de le trouver tuberculeux que s'il avait la haute taille ou la teinte vénitienne des cheveux auxquelles M. Landouzy attache, avec raison, une si grande importance pronostique. C'est là un fait sur lequel il est très utile d'attirer l'attention, car les descriptions faites de la maladie de Meyer n'y insistent pas suffisamment,

à notre avis. Cela tient, en somme, à ce que les spécialistes qui, presque seuls jusqu'ici, s'intéressent aux végétations adénoïdes, ne voient les malades que dans la période d'activité à leurs végétations, c'est-à-dire de cinq à quinze ans, et que la tuberculose ne survient que plus tard. Alors c'est un médecin non spécialiste qui est consulté, et même s'il sait reconnaître les végétations adénoïdes, il ne pense pas toujours à établir la filiation des accidents. C'est à ce point de vue surtout qu'il était utile de montrer l'identité de la maladie de Meyer et de la scrofule.

Comment peut-on s'expliquer le développement de la tuberculose à la suite des végétations adénoïdes ?

D'abord les végétations sont parfois elles-mêmes de nature tuberculeuse. Lermoyez dit "une fois sur 75," M. Dieulafoy va même jusqu'à dire "une fois sur cinq." Mais en admettant qu'elles ne soient que par exception primitivement tuberculeuses, elles ont de grandes chances de s'infecter secondairement. Les poussées inflammatoires auxquelles elles sont sujettes créent des portes d'entrée ; le mucopus qu'elles sécrètent peut servir de bouillon de culture aux bacilles de Koch qui, comme Straus l'a montré, se rencontrent fréquemment dans le mucus nasal même d'individus sains. Les bacilles ayant franchi la barrière muqueuse sont ensuite entraînés vers les ganglions cervicaux et produisent l'adénite scrofuleuse. Consécutivement l'infection générale peut se réaliser.

Buttersack suppose même que dans certains cas les bacilles de Koch gagnent les sommets du poumon non pas par les voies aériennes mais par un cheminement interstitiel. Les bacilles, partant des ganglions, se diffuseraient dans les espaces lymphatiques, et franchiraient la plèvre. Cette hypothèse n'est peut-être pas si paradoxale qu'elle le paraît à première vue. En effet, ces faits de cheminement latent de microbes à travers le tissu conjonctif et les séreuses ne sont pas exceptionnels. Les abcès cérébraux consécutifs à l'otite suppurée se produisent sans lésions de méningite ; il faut donc que les microbes qui ont produit l'otite aient traversé le rocher, les méninges et une certaine épaisseur du tissu cérébral sans y produire de suppurations. De même, en cas d'appendicite, on peut trouver des abcès de la paroi abdominale sans communication avec le cœcum, comme nous en avons recueilli les premières observations. D'ailleurs ce cheminement interstitiel des bacilles de Koch a été constaté par M. Francker qui signale les voies lymphatiques comme une route d'envahissement possible pour ces micro-organismes.

Admettons que ce ne soit pas par cette voie que les bacilles gagnent le poumon ; on n'est pas embarrassé pour expliquer la facilité de l'infection tuberculeuse chez les adénoïdiens. Les malades respirent par la bouche, ce qui empêche la filtration nasale et permet aux divers microbes contenus dans l'air de pénétrer jusque dans les poumons. D'ailleurs, les bronchites sont fréquentes chez les adénoïdiens, comme Comby l'a signalé ; ces bronchites qui simulent longtemps la tuberculose peuvent subir secondairement l'infection par le bacille de Koch. La tuberculose d'origine adénoïdienne s'explique donc avec la plus grande facilité.

Les végétations prédisposent-elles à d'autres infections ? Voici l'histoire de trois enfants adénoïdiens issus d'une mère adénoïdienne. L'un prend la grippe à l'âge de deux ans et meurt de broncho-pneumonie. Les deux autres, l'année suivante, contractent la scarlatine. De ces deux enfants, l'un, une fillette, fait une angine à streptocoques et meurt, l'autre, un garçon, fait une endocardite mitrale. Chacun a fait une infection secondaire surajouté à sa maladie primitive, infection secondaire dont l'origine était, très probablement, les streptocoques de leur muco-pus pharyngien. D'ailleurs Meyer signale la faible résistance, l'anémie des adénoïdiens ; il l'attribue à de l'anoxémie par suite de la gêne mécanique de la respiration. Peut-être faut-il y avoir aussi une cause infectieuse permanente. Les enfants qui ont perpétuellement du pus dans le naso-pharynx subissent une intoxication chronique d'origine microbienne, qui les rend moins résistants.

En outre, ces microbes qu'ils cultivent ainsi en permanence dans leur cavum, pénétrant à petites doses, gagnant les ganglions et peuvent causer une infection chronique. Ces enfants sont, en somme, souvent en état de microbisme latent. Ces infections chroniques, par des pyogènes banals, ne sont pas si rares qu'on le supposait autrefois, et jouent un rôle, je crois, assez considérable. Ce que l'on a appelé le tempérament scrofuleux et lymphatique n'est peut-être pas autre chose que cette toxi-infection chronique, soit par les bacilles de Koch, soit par les microbes pyogènes ordinaires.

Cette notion d'infection générale ne s'attachait pas jusqu'ici suffisamment à l'idée éveillée par l'expression de végétations adénoïdes. Voilà en quoi le rapprochement de la maladie de Meyer et de la scrofule peut avoir une utilité. Ce rapprochement permet aussi de se former une conception nette de la scrofule elle-même.

La scrofule n'est pas une maladie. C'est — qu'on nous passe la comparaison — un drame clinique dans lequel entrent en scènes successivement des personnages divers ; parmi eux le bacille de Koch finit par jouer le grand rôle. Ce drame a trois actes, qui correspond d'ailleurs à peu près à la chronologie admise par Bazin. Dans le premier, nous voyons des lésions diverses, cutanéomuqueuses, telles que l'impétigo, lupus, conjonctivites, rhinites et surtout végétations adénoïdes. Dans ces lésions, quelques-unes sont déjà de nature tuberculeuse, mais qu'elles le soient ou non, elles ouvrent des portes à des infections multiples. Dans le deuxième acte, la scène se passe dans les ganglions. Nous sommes à l'étape lymphatique de l'infection. Mais l'infection peut être due à des microbes pyogènes aussi bien qu'au bacille tuberculeux. Elle peut être produite par une invasion massive ou, au contraire, par une infiltration lente réalisant une sorte de microbisme latent. Enfin, dans le troisième acte, le bacille de Koch occupe toute la scène et peut déterminer des lésions viscérales diverses.

Mais, et c'est là le point le plus important à retenir de cette étude, ce drame, nous pouvons et nous devons l'interrompre dès les premières scènes. Toutes les lésions périphériques sont des portes d'entrée possibles pour des microbes divers et surtout pour le bacille de la tuberculose. Soignons donc et guérissons le plus rapidement possible l'impétigo, les croûtes de lait, les conjonctivites dites autrefois scrofuleuses. De même, ne laissons pas méconnues les lésions naso-pharyngiennes. Elles aussi sont des portes ouvertes pour le bacille de Koch, et ce sont certainement celles par lesquelles il pénètre le plus souvent. Faisons de la désinfection des cavités de la face et au besoin conseillons des interventions opératoires si elles sont nécessaires.

En résumé, la fusion de ces deux notions "scrofule" et végétations adénoïdes aura un double avantage. Aux médecins qui diagnostiquent "scrofule" elle suggère l'idée d'explorer les naso-pharyngiennes et de rechercher particulièrement les végétations adénoïdes. Pour les médecins qui diagnostiquent "adénoïdes" elle évoquera le spectre de la scrofule. Et maintenant que nous savons soigner la maladie de Meyer, cette association d'idées suscitera autant d'espoir que de crainte : la crainte de la tuberculose possible, mais aussi l'espoir sérieux de l'éviter.

De l'appendicite dans ses rapports avec la puerpéralité

PAR

M. LE PROFESSEUR PINARD

Le 14 décembre 1897, une jeune femme de vingt-cinq ans, enceinte pour la première fois, de six mois environ, (dernières règles le 28 juin) n'ayant aucun passé médical, se promenant dans Paris avec son mari, éprouva brusquement une douleur très vive d'abord au niveau de la région épigastrique, puis s'irradiant bientôt dans toute la région abdominale avec prédominance dans la fosse iliaque droite et la région lombaire. Rentré avec peine chez elle, les vomissements ne tardèrent pas à se montrer, alimentaires d'abord, puis bilieux et porracés le lendemain. Un médecin fut appelé qui conseilla des injections chaudes, des cataplasmes et des lavements laudanisés. Le ventre se ballonna et la constipation, qui n'existait pas avant, se montra opiniâtre, malgré l'ingestion de purgatifs. Cet état dura, avec des alternatives de calme et d'exacerbation, jusqu'au 19 décembre, jour où la malade fut amenée à la clinique Baudelocque.

A son entrée, mon chef de clinique, M. Baudron, constate un ballonnement considérable du ventre avec circulation collatérale très apparente de la paroi au niveau de la région iliaque droite. A la palpation, le ventre est très douloureux dans toute la région hypogastrique, surtout à droite. Point de Mac Burney très net. Le palper permet de délimiter une tumeur dont la limite supérieure effleure l'ombilic ; cette tumeur se contracte sous la main, c'est l'utérus. Les ances intestinales distendues, refoulées dans la partie supérieure de la cavité abdominale, donnent à la percussion une sonorité considérable. Le toucher démontre la présence du col ramolli, un peu effacé ; au centre de l'excavation et dans le cul-de-sac antérieur, on perçoit le ballotement vaginal. Rien d'anormal dans les culs-de-sac.

L'auscultation fait percevoir nettement les pulsations du cœur fœtal. Le pouls maternel était à 120 et la température à 37°2. Le soir, la température s'éleva seulement à 37°8. Traitement : injections sous-cutanées de morphine. Glace intus et

extra. Je vis le lendemain matin la malade. La situation n'avait pas changé. Le pouls était à 120, la température à 37. Mais le facies était grippé et le ballonnement du ventre extrêmement accusé. Je portai le diagnostic d'appendicite avec péritonite généralisée et je pensai qu'un seul traitement pouvait offrir une chance de guérison : l'intervention chirurgicale.

Toutes les dispositions furent prises pour cela. A trois heures du soir, la température était toujours à 37 et le pouls à 120, et la malade ayant été soumise à l'anesthésie chloroformique, mon collègue Segond pratiqua une incision de 6 centimètres, parallèle à l'arcade de Fallope, au niveau de la région cœcale. A l'ouverture du péritoine, il s'écoula un flot de pus extrêmement fétide, au milieu duquel nageaient l'ovaire et la trompe très congestionnés. Les doigts introduits à travers l'incision plongent dans un vaste foyer rétro-cœcal et reconnaissent que le pus, libre dans la cavité péritonéale, contourne l'utérus repoussé en avant et existe en abondance dans la fosse iliaque gauche.

Pour cette raison, M. Segond pratique à gauche une incision analogue à l'incision de droite. Il s'écoule encore une notable quantité de liquide séro-purulent odorant, mais moins fétide que le pus qui remplissait la fosse iliaque droite. Les annexes gauches nagent dans ce liquide et apparaissent entre les lèvres de l'incision. On place de chaque côté deux drains en canon de fusil, dont les extrémités profondes se réunissent dans le cul-de-sac de Douglas et, par ces drains, on fait passer de l'eau bouillie jusqu'au moment où cette eau ressort absolument claire. Pansement à la gaze stérilisée à plat. Durée de l'intervention : vingt minutes.

Dans la soirée apparition de contractions utérines douloureuses. Température 38,2. Pouls 150. Expulsion du fœtus le 21, à 4 h. 30 du matin. Délivrance naturelle. Il n'y a pas eu d'hémorrhagie. Les vomissements n'ont plus reparu après l'opération, mais le pouls devint de plus en plus fréquent et petit, et malgré les injections d'éther et de caféine, l'affaiblissement progressa et la malade mourut à 1 h. 45 du soir.

Autopsie (pratiquée en ma présence par M. le docteur Wallich, mon chef de laboratoire).—L'autopsie complète n'a pu être faite, mais on a pu examiner l'abdomen en réunissant les deux incisions de laparatomie.

On constata des adhérences nombreuses entre l'utérus et l'intestin. Dans la fosse iliaque droite, l'intestin est, pour ainsi dire, maçonné dans des adhérences. Au niveau du cœcum, l'ap-

pendice iléo-cœcal est adhérent, accolé au cœcum. Cet appendice mesure sept centimètres ; il présente deux perforations : l'une au voisinage de l'insertion du cœcum, l'autre à trois centimètres au-dessous.

L'autopsie de l'enfant n'a pu être pratiquée, mais le sang recueillit dans un des vaisseaux du cordon et ensemené a fourni des cultures pures de coli-bacille.

Bien que l'examen bactériologique n'ait pas porté sur les organes maternels, il est bien vraisemblable d'admettre qu'il y avait du coli-bacille dans la cavité péritonéale, par suite de la perforation intestinale.

Voici donc un nouveau cas qui vient s'ajouter à d'autres, déjà nombreux, pour démontrer combien Paul F. Munde a eu raison, en publiant le cas bien étudié d'appendicite pendant la grossesse (in *Medical Record*, 1^{er} décembre 1894), d'appeler l'attention des accoucheurs et des gynécologistes sur les rapports que peut présenter l'appendicite avec la puerpéralité.

C'est depuis cette époque seulement que l'appendicite a été le sujet de recherches et de publications en Amérique où les observations n'ont pas tardé à se succéder. Déjà des travaux importants — parmi lesquels il faut surtout citer le mémoire de Munde, paru l'année dernière (in *The medical News a Weekly Journal of Medical science*, New-York, 1897, No 20), et celui de R. Abrahams (in *American Journal of obstetrics*, 1897, v. XXXV) où sont recueillis et analysés de nombreux matériaux — permettent d'envisager l'étendue de la question.

En France, où on a fait — et je pourrais dire du haut de cette tribune — de l'appendicite une étude si magistrale et si complète, où notre collègue Dieulafoy a, comme Munde, en Amérique, donné le branle en appelant, lui aussi, soit à l'Académie, soit dans ses leçons, l'attention des médecins sur les rapports de l'appendicite sur la grossesse, en France, dis-je, les observations commencent à se multiplier.

Sous l'inspiration du prof. Poncet une thèse intéressante a été soutenue à la Faculté de Lyon par M. Gaston Boullier, l'année dernière. Cette thèse renferme des observations inédites dues à MM. Laroyenne, Vinay et Bouveret. M. Vinay a publié dans le *Lyon médical*, le 2 janvier 1898, un mémoire sur l'appendicite au cours de la grossesse et pendant les suites de couches. Il rapporte en détail l'histoire de quatre femmes atteintes d'appendicite pendant la période puerpérale (deux fois pendant la grossesse et deux fois pendant les couches) et fait suivre ces

observations de considérations très intéressantes concernant l'évolution et la marche de l'appendicite survenant dans ces conditions spéciales.

A Paris, aux observations rapportées par M. Dieulafoy sont venues se joindre celles de Le Gendre et de Tuffier. Une thèse a été tout récemment soutenue (le 13 janvier 1898) par le docteur Georges N. Iarca. Dans cette thèse se trouvent trois observations inédites dues à MM. Maygrier et Budin. Dans les sociétés médicales cette question est à l'ordre du jour, et dans le cours des discussions des observations sont citées. C'est ainsi qu'en compulsant ce qui a paru, j'ai pu rassembler en y comprenant la mienne, 45 observations. On le voit, il se passe pour l'appendicite ce qui s'est passé pour la grossesse extra-utérine. Sans vouloir, en aucune façon, que la fréquence de ces deux maladies soit la même, il faut reconnaître que si, il y a vingt ans, on ignorait la fréquence de la grossesse extra-utérine, si, il y a dix ans, les médecins et les chirurgiens n'avaient que de vagues rapports avec l'appendicite, hier encore les accoucheurs ne se doutaient pas que cette terrible affection put venir compliquer la puerpéralité.

Je n'ai nullement l'intention de soulever ici des questions de doctrine. La pathogénie, l'étiologie, la symptomatologie, le diagnostic, le pronostic et le traitement de l'appendicite ont été traités ici et ailleurs avec une éloquence que vous n'avez point oubliée et une compétence à laquelle je ne saurais prétendre.

Mon but est beaucoup plus modeste et beaucoup plus restreint. Me plaçant à un point de vue clinique particulier, je veux simplement envisager aujourd'hui ce que présente de spécial l'appendicite quand elle complique ou vient compliquer la puerpéralité. Même ainsi limité, mon étude ne pourra être que rudimentaire, car les observations, quoique nombreuses déjà, ne sont pas suffisantes pour permettre de porter sur bien des points de cette histoire un jugement définitif.

Le seul fait bien établi aujourd'hui, qui doit éveiller, dès maintenant, l'attention des médecins en général et des accoucheurs en particulier, est le suivant : l'appendicite peut compliquer la puerpéralité dans toutes ses périodes : soit pendant la grossesse, soit pendant les suites de couches. Trente cas opérés ou suivis d'autopsie prouvent cette assertion. Des observations démontrent que la grossesse peut être troublée par l'appendicite dès les premières semaines et pendant toute sa durée, de même que l'appendicite peut venir compliquer la fin de la dernière pé-

riode puerpérale (20 jours, obs. Dieulafoy ; 28 jours, obs. Lepage, après l'accouchement).

Les observations démontrent aussi que l'appendicite, survenant pendant la grossesse, interrompt le plus souvent celle-ci et menace aussi bien l'existence du fœtus que celle de la mère.

Presque tous les auteurs ont remarqué combien souvent les fœtus viables étaient expulsés morts, ou mouraient fréquemment de cause indéterminée en présentant, dans les quelques jours de leur existence, des signes de septicémie.

Notre observation peut fournir une explication du fait. L'ensemencement pratiqué par le docteur Wallich et qui a donné des cultures pures de coli-bacille démontre l'infection *in utero*, le sang ensemencé ayant été pris dans les vaisseaux du cordon ombilical.

Je ne dirai rien des causes, si ce n'est que la plupart des auteurs incrimine la constipation opiniâtre. Vous savez ce que nous devons en penser.

Au point de vue de la symptomatologie, tous les types si magistralement étudiés et décrits par notre collègue Dieulafoy, se retrouvent dans les observations d'appendicite survenant soit pendant la grossesse, soit pendant les suites de couches.

Le diagnostic d'appendicite pendant la puerpéralité offre peut-être des difficultés plus grandes, qui tiennent pendant la grossesse à la présence dans la région hypogastrique de l'utérus développé, et pendant les suites de couches à la confusion des signes d'infection puerpérale et d'infection appendiculaire. Mais ces difficultés ne sont point insurmontables pour un observateur attentif, ainsi que les faits le démontrent.

Quant au traitement, Munde s'exprimait ainsi en 1896 :

“ Pour conclure, je pense que les nombreux exemples d'appendicite, avec ou sans suppuration, se produisant pendant la grossesse ou le travail, qui ont été relatés depuis la publication de mon mémoire, il y a environ un an, doivent nous engager à nous mettre en garde contre cet accident dans cette circonstance (la grossesse) comme dans toutes les autres, et à traiter la maladie sans nous préoccuper de l'existence de la grossesse. C'est pourquoi je ne suis pas du même avis que les médecins qui veulent, pour une attaque d'appendicite, provoquer l'avortement ou l'accouchement.”

Je ne saurais, pour ma part, qu'applaudir à ce jugement. Peut-être irai-je plus loin et dirai-je : l'appendicite pendant la grossesse doit être traitée chirurgicalement plus rapidement que

dans n'importe quel autre cas. Et cela en raison des rapports du foyer infectieux avec l'appareil génital. Je ne veux pas rechercher pour le moment si l'infection se fait par contiguïté, ou par la voie sanguine ; je reviendrai plus tard sur ce point si l'Académie me le permet. Quelle que soit la voie, l'infection se fait, et les deux existences sont menacées. Tout est là.

Ces considérations ne seront peut-être pas à dédaigner quand on se trouvera en présence d'une appendicite survenue chez une jeune fille ou une jeune femme. Pensant aux rapports de l'appendicite avec la puerpéralité, on trouvera sans doute bon de se déterminer à enlever le foyer infectieux, là où jusqu'ici on aurait pu hésiter. Cela sera, je pense, de la bonne prophylaxie.

J'en ai fini, messieurs. Vous le voyez, je n'ai pas eu d'autre but en faisant cette courte communication, que d'éveiller l'attention, de provoquer des discussions scientifiques, et je profite de la circonstance pour exprimer à ceux de nos confrères et collègues qui ont dépensé tant d'efforts et de talent pour élucider ce chapitre si intéressant de la pathologie, l'expression de la reconnaissance des accoucheurs.

Voici maintenant, pour déterminer, le résumé statistique des observations que j'ai pu trouver dans les auteurs.

A.—Cas opérés

Nombre de cas : 30.

Mortalité totale 21 (*maternelle* : 10, soit 30% ; *infantile* : 11, soit 36%).

Péritonites enkystées 22.

Mortalité maternelle 5 (25%).

Péritonites généralisées 8.

Mortalités maternelle 5 (62%).

B.—Cas non opérés

Nombre de cas : 15

Mortalité totale 4 (*maternelle* : 2, soit 13% ; *infantile* : 2, soit 13%).

Péritonites généralisées 2.

Mortalité maternelle 2 (100%).

CLINIQUE CHIRURGICALE

Traitement des hernies congénitales de l'enfance
par les injections de chlorure de zinc.
Technique opératoire

PAR

M. LE PROFESSEUR LANNELONGUE

(Hôpital Trousseau)

La consultation nous amenant aujourd'hui un certain nombre de petits malades atteints de hernie inguinale congénitale, je profite de cette occasion pour vous entretenir d'un traitement que j'ai préconisé le premier et que je mets en pratique depuis six mois. Ce traitement consiste à faire, autour de l'anneau et du trajet inguinaux, des injections de chlorure de zinc, qui secondairement doivent amener leur fermeture.

Je me propose aujourd'hui de vous décrire le manuel opératoire auquel je me suis définitivement arrêté ; cela dit, nous passerons à la pratique, et nous exécuterons cette opération devant vous.

Le premier des enfants que vous venez de voir est celui dont la hernie est la plus volumineuse. C'est de tous aussi le plus âgé, le plus fort, celui aussi dont le trajet inguinal est le plus large.

Cet enfant a quatorze ans et demi. Il n'a pas dans sa famille d'antécédents herniaires. Il a été élevé au sein, sevré à treize mois, et n'a eu d'autre maladie qu'une rougeole légère à l'âge de sept ans. On ne trouve pas chez lui de vestige de syphilis ou de tuberculose. Il n'y a pas non plus trace de rachitisme. Il est vigoureux, relativement bien musclé, et serait en état parfait de santé s'il ne ressentait déjà les premières atteintes d'une maladie nerveuse, grave pour l'avenir : l'épilepsie.

Il y a une hernie depuis deux ans. Elle est survenue sans aucune cause occasionnelle apparente, et dès les premiers jours elle est descendue au fond des bourses.

Quand on l'examine, on trouve dans le scrotum, du côté

droit, une tumeur molle, du volume d'un gros œuf de poule, remontant dans le trajet inguinal. En bas, elle descend presque au contact du testicule ; néanmoins elle en est légèrement séparée. Elle se réduit aisément, en produisant du gargouillement. Elle est sonore à la percussion.

Le doigt qui suit la hernie, lorsqu'on la réduit, pénètre dans le canal inguinal avec facilité. C'est vous dire la largeur de ce trajet et l'écartement des piliers. Si l'on fait tousser le malade, le doigt est repoussé, si l'on retire l'index du trajet inguinal, la hernie redescend.

Les deux testicules sont dans les bourses : ils sont normaux. Il n'y a ni hydrocèle, ni kyste du cordon.

Sans nous attarder à un diagnostic, très facile du reste, mais qui n'est pas le but de cette leçon, je conclurai en disant : hernie inguinale droite congénitale, variété funiculaire, à contenu intestinal, remarquable par son volume et par la largeur du trajet inguinal.

J'insiste à dessein sur le volume de la tumeur. Vous verrez, en effet, rarement chez les enfants des hernies plus grosse qu'un œuf de poule. A cet âge, les hernies sont habituellement petites et se produisent avec facilité. Ici, au contraire, nous avons une hernie volumineuse avec un canal vagino-péritonéal large. De plus, les piliers inguinaux sont très élargis. Cette hernie appartient aux cas difficiles à traiter.

Voici comment nous allons procéder. L'enfant doit être endormi au chloroforme ; la région inguinale, savonnée et lavée au sublimé, sera isolée avec des compresses aseptiques. La solution de chlorure de zinc dont je me sers est une solution au $\frac{1}{10}$; le seul instrument nécessaire est une seringue de Pravaz ordinaire, avec une aiguille qui se visse. Cela pour éviter que l'aiguille se détache et que le liquide se répande.

La hernie étant à droite, je me place à droite du malade, mon aide à ma gauche. Son rôle consiste à appuyer fortement avec le doigt sur la paroi abdominale, en face de l'orifice inguinal profond, pour interrompre ainsi toute communication entre le sac herniaire et le péritoine abdominal. Cela fait, mon index gauche sent l'anneau inguinal et le bord supérieur du pubis, entre l'épine et la symphyse. En ce point, j'ai le cordon sous mon doigt ; il est superficiel, comme vous le savez, et malgré le pannicule adipeux toujours développé chez les enfants on retrouve aisément le canal déférent et les éléments du cordon. Je place sur eux la pulpe de l'index gauche, et par une pression

brusque, comme par une véritable énucléation, je chasse le cordon vers la ligne médiane : mon index le maintient écarté.

C'est à ce moment que je fais ma première piqûre, au ras du cordon, à sa droite, en dirigeant ma seringue obliquement en bas et un peu en arrière, sur le bord supérieur du pubis, jusque dans le périoste. Je dépose ainsi sur l'os cinq ou six gouttes de chlorure de zinc et je retire brusquement l'aiguille pendant que l'aide essuie l'orifice capillaire avec un tampon. Je fais une deuxième piqûre, toujours à droite et au ras du cordon, un peu au-dessous de la première, mais aboutissant au pubis. J'en fais une troisième puis une quatrième, toujours de cinq à six gouttes chacune.

Il faut maintenant injecter du côté gauche du cordon. Pour cela je passe à gauche du malade, l'aide ne bougeant pas, son index restant fixé sur l'orifice inguinal profond. Je chasse avec l'index le cordon, cette fois-ci vers la droite, et je refais le long du bord gauche du cordon sur le bord supérieur et la face antérieure de pubis, quatre piqûres de cinq à six gouttes chacune. Cela fait, je laisse un tampon compressif sur la paroi abdominale, vis-à-vis de l'orifice inguinal profond. Je le maintiens fixé par quelques tours de bande de tarlatane. Je laisse réveiller le malade ; l'opération dure habituellement deux minutes, j'ai injecté cinquante gouttes environ d'une solution de chlorure de zinc à $\frac{1}{10}$.

Voilà toute la technique de cette opération si simple, si à la portée de tout le monde, où il suffit d'être propre et de ne pas vouloir tuer son malade pour le guérir.

Mais, me direz-vous, n'y a-t-il donc aucun danger ? Ne risquez-vous pas de faire pénétrer du liquide dans la cavité abdominale, ou de blesser le cordon ?

Le liquide n'entre pas dans l'abdomen, parce que le doigt de mon aide l'en empêche au moment de l'opération et que, dans les premières heures qui suivent l'opération, toute communication avec la cavité abdominale est rendue impossible grâce à un tampon compressif. Du reste, alors même que le liquide pénétrerait dans l'abdomen, aucun accident fâcheux n'en résulterait. Les expériences que j'ai entreprises dans mon laboratoire de la Faculté m'ont appris que ces injections faites sur le péritoine pariétal étaient absolument inoffensives.

Je risque peu également de piquer le cordon. Vous avez vu mes précautions pour l'isoler et la facilité avec laquelle je puis l'écarter. Et alors même que je le piquerais, je suis persuadé qu'il n'en résulterait rien de fâcheux, ni pour les veines, ni pour

le canal déférent. Je me contente de vous l'affirmer. Croyez-moi pour le moment ; dans quelque temps vous en aurez la preuve expérimentale et, ce qui est mieux, la preuve clinique.

Je dis la preuve clinique, et cette preuve est en partie faite, car voici deux de mes petits malades que j'ai opérés le 22 juin 1896. Remarquez comme l'anneau inguinal est bouché. Votre doigt n'entre pas dans le canal. Il n'y a aucune impulsion à la toux, au niveau du trajet herniaire. Le cordon et le testicule sont indemnes.

Il me faudrait une leçon nouvelle pour vous parler des résultats éloignés de ces opérations. Je me réserve de les publier d'ici peu. Mais en attendant vous pouvez voir sur ces deux malades que je vous présente les bénéfices de cette intervention. J'ai déjà inspiré une thèse à un de mes élèves, M. de Combes, sur les résultats des injections de chlorure de zinc dans le traitement des hernies congénitales de l'enfance. J'ai parlé moi-même, à l'Académie de médecine et au dernier Congrès de chirurgie, de cette opération. Suis-je en droit, aujourd'hui, après huit mois d'observation attentive, de vous parler de ces résultats tardifs ?

Je crois que je le pourrais. Mais bien que ma conviction soit faite, je préfère, pour la rendre inébranlable, multiplier encore ces tentatives si innocentes. Quant à vous, pénétrez-vous aujourd'hui de ce que vous avez vu, c'est-à-dire de la facilité de cette opération, de la simplicité de sa technique, de la rapidité et de la sécurité de son exécution.

FIBROME ET GROSSESSE

PAR

M. LE DOCTEUR G. FIEUX

(Chef de clinique obstétricale à la Faculté de Bordeaux)

Il y a quelques mois, on nous amenait à la Maternité, une femme de trente-trois ans, portant un fœtus pendant entre les jambes, le tête retenue dans les voies génitales. Voici, en quelques mots, son histoire.

Toujours bien portante, elle a eu déjà trois enfants à terme, sans difficulté. Le plus jeune a aujourd'hui deux ans. Depuis

le dernier accouchement, les règles sont devenues plus abondantes et accompagnées de quelques caillots.

Dans le courant du mois de septembre 1895, elle redevient enceinte. Dès le début de cette dernière grossesse, elle ressent un peu de gêne dans le bas du ventre. A la fin du septième mois elle perd quelques gouttes de sang. Ces petites hémorragies persistent sans douleurs dans le courant du huitième mois et s'accompagnent, pendant les derniers jours environ, du rejet de petits débris très fétides ressemblant, nous dit la femme, à de petits débris de chair.

Enfin, au terme du huitième mois, elle perd brusquement les eaux sans ressentir de douleurs et ne commence à souffrir que quatre jours après. Elle souffre pendant trente-six heures environ et les contractions finissent par expulser un fœtus se présentant par le siège. Le tronc et les épaules se dégagent sans trop de difficultés, mais malgré les contractions et les efforts de la femme, en dépit des tractions opérées par une sage-femme et un médecin, les épaules restent accolées à la vulve. La tête ne peut être extraite.

C'est dans ces conditions que cette femme nous arrive. L'enfant qui pend entre les jambes est petit, macéré ; l'odeur qui s'exhale de la vulve est repoussante. La main introduite dans le vagin sent la tête défléchie, retenue dans l'excavation pelvienne, l'occiput à gauche.

A gauche et en arrière d'elle, une grosse masse du volume du poing, un peu molle et friable, l'empêche de descendre. La consistance pourrait, un instant, en imposer pour le placenta, mais il est impossible de trouver une limite entre cette tumeur et l'orifice de dilatation. Nous concluons à la présence d'un volumineux fibrome de la lèvre supérieure du col, remontant plus ou moins haut sur le segment inférieur, il est pour le moment difficile de préciser. Sa lèvre antérieure est tendue sur la tumeur et enserre le cou de l'enfant.

La main arrive à grand peine à saisir le maxillaire, mais des tractions vigoureuses ne sont capables ni d'extraire la tête, ni même de la fléchir.

Basiotripsie. — Le petit broiement suffit à amener la tête sans trop de difficultés.

Il est alors possible d'explorer la tumeur qui n'est autre chose, en effet, qu'un fibrome bosselé, gros comme le poing, occupant toute la lèvre postérieure du museau de tanche et la partie correspondante de la région sus-vaginale du col. La surface du

néoplasme est friable et laisse détacher facilement des fragments d'odeur et d'aspect gangréneux.

Délivrance artificielle commandée par l'inertie.

Pendant les douze premiers jours qui suivent l'accouchement, les lavages ramènent en très grande quantité des débris d'une odeur infecte, ayant une apparence de raclure de chair. Le toucher vaginal pratiqué de temps à autre permet de s'assurer que la tumeur diminue, non pas seulement par régression, mais qu'elle s'élimine réellement : elle s'effrite sous le doigt.

Le 18 janvier, l'examen au spéculum nous permet de constater que la lèvre postérieure est encore un peu volumineuse. Elle présente à sa face interne une ulcération d'un gris-jaunâtre de la largeur d'une pièce d'un franc. C'est tout ce qui reste de la grosse tumeur examinée au moment de l'accouchement.

La femme quitte le service le dix-neuvième jour, complètement rétablie et tout à fait débarrassée de sa tumeur dont le sphacèle, signalons le fait, avait débuté, chose rare, pendant la grossesse.

Peu de jours après nous arrivait, dans le service, une femme en travail, ayant eu déjà deux enfants à terme et dont les accouchements, remontaient déjà à vingt et un et vingt-trois ans, n'avaient jusqu'ici présenté aucune particularité.

Agée de quarante-deux ans, d'une excellente santé et bien réglée, elle avait cependant remarqué, depuis quelque temps, temps qu'elle ne peut préciser, que ses règles étaient plus copieuses et le sang menstruel quelquefois mélangé de caillots.

La grossesse est actuellement à la fin du neuvième mois. La malade nous rapporte que, depuis le septième mois, les mictions sont fréquentes et sont devenues de plus en plus impérieuses à mesure que la grossesse avance. Depuis quelque temps aussi, elle a remarqué elle-même une sorte de boule qui tend à pointer en avant au niveau du bas-ventre.

Au moment où cette femme arrive, les douleurs sont vives et fréquentes. Les membranes viennent de se rompre.

Ce qui frappe, dès qu'elle est étendue, c'est la forme particulière du ventre. Bien que l'utérus ne soit pas en antéversion, le ventre est très tendu dans la région sous ombilicale et tombe en besace au-devant des pubis. Le palper est très difficile, mais on sent néanmoins, contenue dans cette sorte de poche prépubienne, une tumeur dure et régulière. C'est la tête qui, bien que regardant en bas, est située toute entière en dehors du grand bassin.

Le dos est à gauche. Les bruits du cœur sont bons.

Le col est très dilatable, non complètement effacé. Si le doigt cherche à atteindre la partie fœtale, il tombe au-dessus du col sur une masse dure qui remplit en partie l'aire du détroit supérieur, mais qui fait corps avec la moitié postérieure du segment inférieur. La muqueuse est lisse et paraît saine. C'est, à n'en pas douter, une tumeur fibreuse, du volume du poing à peu près.

On n'arrive à toucher la tête que si la main abdominale la refoule en arrière et si le doigt en contourne la symphyse pubienne. encore n'y a-t-on accès que par une sorte de fente mesurant environ 7 centimètres transversalement et 5 centimètres d'avant en arrière. Les tentatives faites pour refouler la tumeur et lui substituer la tête demeurent infructueuses.

A six heures heures et demi, le col est effacé, complètement dilatable. La tumeur est toujours à la même place. Nous attendons, sachant bien quelles surprises réservent quelquefois ces sortes de tumeurs, mais n'espérant guère, néanmoins, terminer l'accouchement qu'au prix d'une basiotripsie ou d'une hystérotomie.

A 7 heures et quart, nous ne constatons plus la présence de la besace pré-pubienne et le doigt peut s'assurer que le fibrome a remonté et que la tête fœtale a pris sa place. Les bruits du cœur sont toujours normaux. Les contractions sont fortes et donnent à penser que l'accouchement va se terminer spontanément d'une façon heureuse.

A 7 heures et demie, à mesure que la tête s'engage, les bruits du cœur s'arrêtent brusquement. Une application de forceps, pratiquée en toute hâte, ramène un enfant de 3,930 gr. qu'il est impossible de ramener. Le cordon, qui ne mesure que 35 centimètres, est jeté en sautoir de l'épaule gauche à l'aiselle droite. Il y a donc en même temps brièveté réelle et brièveté relative.

Le placenta décollé est dans le vagin. Pas d'hémorragie de la délivrance.

Immédiatement après l'accouchement, la rétraction de la tumeur est déjà considérable. Elle a seulement à peu près le volume d'un œuf de dinde. Suites de couches physiologiques. La femme part en bonne santé le quatorzième jour. A ce moment le doigt ne trouve plus qu'un épaissement peu considérable sur la face postérieure de la région supra-vaginale.

Ces deux observations sont intéressantes à rapprocher car elles ont trait, l'une et l'autre, à la catégorie de fibrome qui, pour l'accoucheur, est de toutes la plus redoutable.

En effet, si Barnes a divisé l'utérus en trois zones, à propos de l'insertion du placenta, il est certain, comme le fait remarquer M. Lefour, que la zone inférieure peut aussi, dans les cas de tumeur fibreuse, recevoir le nom de zone dangereuse. Cette zone dangereuse comprend, dans le cas qui nous occupe, le segment inférieur et le col, considéré soit dans sa portion supra-vaginale, ensemble qui, à la fin de la grossesse, plonge habituellement dans l'excavation.

Mais que la tumeur soit située dans l'un ou l'autre de ces points, au moment de l'accouchement elle va barrer plus ou moins complètement le passage au fœtus ; elle sera au-devant de la voie de sortie ; elle va constituer, en un mot, ce que l'on appelle une *tumeur prævia*.

On devine quelles difficultés les fibromes prævias sont susceptibles d'apporter, soit à la dilatation du col, soit à l'expulsion de l'enfant. Néanmoins, leur pronostic, au point de vue de l'accouchement à terme, n'est pas aussi sombre qu'on pourrait le croire tout d'abord. Malgré cet obstacle, l'expulsion du fœtus est assez souvent spontanée. Elle allait se produire chez la seconde de nos malades, lorsque un incident imprévu, étranger à la présence de la tumeur, nous a forcé à terminer rapidement.

Elle peut être spontanée grâce à plusieurs circonstances : si la tumeur est de petit volume et par conséquent négligeable ; si elle s'assouplit suffisamment pour se mouler dans la partie fœtale et sur les parois de l'excavation ; lorsqu'elle est pédiculée, ce qui lui permet soit d'être facilement refoulée vers le haut, soit de cheminer en avant de la partie fœtale. Dans ce cas, la femme accouche de sa tumeur avant de mettre au monde son enfant.

Enfin, si la tumeur est sessile, si elle est fusionnée avec les parois de l'organe, si elle est infiltrée, interstitielle en un mot, l'accouchement est encore possible grâce à un artifice de la nature, en vertu duquel la tumeur, par un mouvement de bascule, abandonne le petit bassin pour remonter dans la cavité abdominale.

Ce fait, aujourd'hui bien connu, étudié par Depaul, Guéniot, Tarnier, Lefour, peut se produire pendant les derniers mois de la grossesse, mais il s'effectue surtout au moment du travail. Ce mouvement d'ascension, très lent quand il se produit pendant la grossesse, plus rapide, quelquefois très brusque au cours du travail, se fait sous l'influence de plusieurs causes.

Guéniot invoque l'écoulement du liquide amniotique, lequel, en produisant une déplétion partielle de la matrice, provoque le retrait des parois utérines, et par conséquent un faible degré d'élévation du segment inférieur.

Depaul fait intervenir surtout la contraction utérine et la dilatation de l'orifice externe. Les fibres longitudinales de l'utérus en se contractant, tirent à la fois sur la tumeur et sur l'orifice utérin dont elles amènent la dilatation, si bien que le corps fibreux se déplace avec le col, pendant que celui-ci s'ouvre et se relève sur la partie fœtale qui se présente.

Voilà donc le pronostic des fibromes prævias bien moins sévère, puisque quelquefois, dans les derniers jours de la grossesse, mais le plus souvent pendant le travail, la tumeur peut fuir l'excavation et laisser le champ libre à la partie fœtale qui se présente.

Mais il faut bien le dire, cet événement heureux est loin d'être constant, et les deux femmes que nous venons d'examiner sont un exemple de ces deux destinées différentes des fibromes prævias au cours du travail.

Pourquoi, chez l'une, la tumeur est-elle restée enclavée dans le petit bassin ; pourquoi, chez l'autre, a-t-elle pu exécuter son mouvement ascensionnel ?

Remarquons, tout d'abord, que chez la première, la tumeur très volumineuse siégeait sur toute la lèvre postérieure du col ; non seulement sous la portion sus-vaginale, mais aussi et surtout sur la portion sous-vaginale. Chez la seconde, la tumeur était tout aussi grosse ; mais elle intéressait uniquement la région sus-vaginale et la partie avoisinante ou segment inférieur. Le museau de tanche paraissait normal dans sa structure.

Cette simple constatation ne suffit-elle pas à nous expliquer les faits ? Lorsque le museau de tanche est normal, il peut s'effacer et se dilater. Et alors une tumeur supra-vaginale qui, tout à l'heure, était très rapprochée de l'orifice cervical, c'est-à-dire plus ou moins en rapport avec le centre de l'excavation, va de par l'étalement de la portion sous-vaginale du conduit cervical et de par la dilatation progressive de l'orifice, avoir tendance à s'éloigner du centre de l'excavation.

Lorsque l'orifice sera complètement dilatable, ou même avant, la tumeur sera libérée, elle aura du jeu et à ce moment les tractions de bas en haut des fibres longitudinales pourront facilement l'entraîner au-dessus du détroit supérieur. Ces tractions l'entraîneront avec d'autant plus de facilité hors de l'aire du détroit supérieur, qu'elle siégera en arrière, puisque normalement la moitié postérieure du cercle représentant l'orifice utérin est toujours beaucoup plus élevé en arrière qu'en avant.

Supposons, qu'au contraire, la tumeur ait envahi une

des lèvres du museau de tanche, la postérieure par exemple, puisque c'est elle qui, dans la très grande majorité des cas, est le siège du néoplasme.

D'abord l'effacement ne pourra pas être complet. La portion sus-vaginale seule peut s'étaler. La portion sous-vaginale postérieure ne pourra pas le faire. Elle va donc rester dans le vagin en tant que tumeur, et tumeur qui ne pourra pas être tirée en haut par les fibres longitudinales de l'utérus, puisque celles-ci passent directement de la portion supra-vaginale du col sur la tunique externe du vagin sans s'égarer dans le museau de tanche, comme nous croyons l'avoir démontré.

La tumeur fibreuse sous-vaginale est donc condamnée à rester pelvienne au cours du travail.

L'accouchement naturel ne sera alors possible que si la tumeur est assez petite ou assez réductible ; on ne doit pas compter sur son ascension spontanée.

Voilà une distinction qu'il nous semble important de bien mettre en lumière, au point du pronostic de l'accouchement dans les cas de fibromes prœvias. En résumé le fibrome prœvia supra-vaginal est susceptible de remonter spontanément au-dessus de l'excavation ; le fibrome prœvia sous-vaginal restera fatalement pelvien.

Et nous en trouvons d'autres preuves cliniques que les deux observations frappantes que nous avons rapportés tout à l'heure.

Si nous consultons le tableau, que l'on trouve dans l'intéressant travail de M. Lefour, portant sur 307 cas de fibromes pendant la grossesse, nous y découvrons 17 fibromes non pédiculés du col. Nous sommes désireux de les rapporter en quelques mots avec leurs résultats.

I.—Tumeur fibreuse de la paroi antérieure du col. Forceps. Mère vivante. Enfant mort.

II.—Fibrome du col. Forceps et version impossible. Enucléation de la tumeur. Mère vivante. Enfant vivant.

III.—Fibrome de la paroi postérieure de l'utérus descendant dans la lèvre postérieure. Opération césarienne. Mère morte. Enfant ?

IV.—Fibrome de la lèvre postérieure du col. Accouchement spontané, Mère morte. Enfant vivant.

V.—Fibrome du col. . . ? Mère morte. Enfant mort.

VI.—Tumeur fibreuse *presque sessile* insérée à la lèvre antérieure du col. Accouchement spontané. Mère vivante. Enfant vivant.

VII.—Fibrome de la lèvre postérieure du col. Accouchement de huit mois ne peut se faire qu'après l'énucléation de la tumeur. Mère vivante. Enfant mort.

VII.—Fibrome du col. Céphalotripsie infructueuse. Opération césarienne. Mère morte. Enfant mort.

IX.—Tumeur fibreuse du col. Accouchement spontané au bout de six jours. Rupture utérine. Mère morte. Enfant mort.

X.—Fibrome du col. Forceps infructueux. Mère morte. Enfant mort.

XI.—Corps fibreux du col. Opération césarienne. Mère morte. Enfant vivant.

XII.—Corps fibreux de la lèvre postérieure. Extraction tête dernière. Mère morte. Enfant ?

XIII.—Fibrome du col. Accouchement impossible. Mère morte. Enfant mort.

XIV.—Fibrome de la paroi postérieure du col. Céphalotripsie. Mère morte. Enfant morte.

XV.—Fibrome de la lèvre antérieure. Craniotomie. Mère vivante. Enfant mort.

XVI.—Fibrome du col. Opération césarienne. Mère morte. Enfant mort.

XVII.—Fibrome du col. Accouchement spontané. Travail très long. Mère morte. Enfant vivant.

En résumé 17 grossesses compliquées de fibromes du col. Les accouchements se sont terminés par :

Mort de la mère, 12 fois.

Mort de l'enfant, 9 fois (2 fois sort inconnu.)

Nous voyons que si l'ascension n'est pas en fait rare dans les fibromes préviens, même volumineux, nous insistons encore sur ce fait, c'est qu'il s'agit alors de tumeurs limitées à la zone sus-vaginale.

Un coup d'œil jeté sur la liste que nous venons de produire nous confirme qu'il ne faut pas compter sur ce déplacement heureux lorsque la tumeur fait corps avec le museau de tanche.

S'il est permis de garder l'expectative, l'expectative armée bien entendu, vis-à-vis des premiers, en face des redoutables accidents que peuvent occasionner les seconds, il semble très légitime d'intervenir de bonne heure.

Dès qu'une grossesse est compliquée de l'apparition d'un fibrome sur une des lèvres du col, si ce fibrome se développe assez rapidement, l'accoucheur ne doit pas hésiter et en pratiquer l'énucléation de bonne heure, au quatrième mois par exemple.

Que risque-t-on ? L'avortement ? Mais si l'opération est pratiquée suivant les règles de l'asepsie, sans grande effusion de sang, si l'on a soin de mettre au préalable la malade sous l'influence du laudanum et du viburnum, semblable accident n'est pas à craindre. En agissant ainsi on compromet bien peu la vie de la mère, et beaucoup moins la vie de l'enfant que ne le feraient les manœuvres mutilatrices qui seraient probablement indispensables au terme de la grossesse.

La statistique de Mundé, qui porte sur 16 cas d'énucléation de fibromes du col pendant la grossesse, donne les chiffres suivants :

Mères. Guérisons : 14.

Enfants vivants à terme : 11.

Que l'on veuille bien mettre ces chiffres à côté de ceux qui résument le tableau précédent. La comparaison se passe de tout commentaire.

Ainsi donc, lorsque l'accoucheur pourra faire de bonne heure le diagnostic de fibrome prævia, il sera important, au point de vue du pronostic, de déterminer si la tumeur est sus-vaginale ou sous-vaginale.

Car si dans le premier cas il peut et doit laisser aller les choses, dans le second il sera sage d'intervenir de bonne heure et fera ainsi œuvre utile pour la mère et pour l'enfant.

'Le salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire aigu compliqué d'albuminurie

Le rhumatisme articulaire aigu, comme toutes les maladies infectieuses dans leur période d'état, peut s'accompagner d'une albuminurie transitoire et légère, qui ne découle pas nécessairement d'une insuffisance dans le fonctionnement du rein, mais est la preuve d'une altération de l'épithélium rénal due aux produits toxiques élaborés dans l'organisme par le microbe du rhumatisme. Cette albuminurie ne trouve pas de meilleur traitement que celui qui consiste à attaquer directement la cause de l'infection par le salicylate de soude.

Mais, si le malade est déjà porteur d'une néphrite au moment où survient l'attaque de rhumatisme articulaire aigu, les conditions changent, car ici l'insuffisance rénale préexiste et les difficultés de l'épuration organique ne feront qu'augmenter si on y ajoute l'élimination d'un poison médicamenteux.

Dans ces conditions, il est utile et même urgent de rechercher l'acide salicylique dans les urines, afin de constater s'il ne s'accumule pas dans l'organisme. Si le salicylate de soude ne s'élimine pas, si on n'en trouve pas dans l'urine, c'est qu'il existe une néphrite grave ; on suspendra alors immédiatement le salicylate de soude et on le remplacera par le bicarbonate de soude.

Pour constater la présence de l'acide salicylique dans l'urine, on acidifie celle-ci avec quelques gouttes d'acide chlorhydrique ; ceci étant fait, on laisse tomber une ou deux gouttes d'urine acidifiée sur un morceau de papier à filtrer, puis, a proximité, on place une goutte de solution de perchlorure de fer de manière que les deux liquides viennent au contact : si l'urine renferme de l'acide salicylique, il se forme au niveau de la rencontre des deux taches une forte ligne de démarcation bleuâtre.

De l'emploi des lavements salés dans le traitement des accidents consécutifs aux grandes hémorrhagies.

A la suite d'une perte de sang considérable apparaissent bientôt chez la personne anémiée des accidents graves : insomnie, angoisse, stupeur, quelquefois convulsions, anéantissement très marqué, syncope ou coma mortel.

Pour parer à ces symptômes alarmants, la thérapeutique actuelle a recours aux injections de caféine, d'alcool, d'éther, aux injections sous-cutanées ou intra-veineuses, de sérum artificiel, enfin comme dernière ressource à la transfusions.

Incontestablement tous ces moyens sont bons, mais ils nécessitent ordinairement un outillage spécial et une perte de temps considérable, due au besoin de pratiquer une antiseptie convenable. D'autre part, il arrive qu'on rencontre chez le malade ou dans l'entourage, une opposition à ces pratiques. Afin de faire pénétrer de l'eau dans l'organisme des malades fortement anémiés, le Dr. Mitour s'imagina de s'adresser à la voie rectale, ayant remarqué déjà que les lavements alimentaires étaient absorbés chez des anémiques en état de défaillance et produisaient rapidement une sensation de bien-être marquée avec un pouls plus régulier.

De parti pris, il fut amené dans des cas sérieux d'hémorragies successives à donner des lavements salés, des lavements laiteux et des lavements au bouillon. Il s'agissait d'abord de trois hémorragies graves dépendant d'un ulcus simple ; en deuxième lieu, d'une hémorragie utérine, et enfin, en troisième lieu, d'une hémorragie hémorrhoidale. N'ayant pu suivre complètement un cas d'épistaxis très rebelle, dans lequel sa méthode avait amélioré le malade, il s'abstint de l'incorporer à sa première série d'observations.

Il n'a trouvé aucune trace de cette méthode dans les recherches bibliographiques et dans les méthodes modernes. D'après lui, ces lavements salés doivent être donnés même pendant la syncope, la défaillance et au moment où l'hémorragie cesse un peu. Il a remarqué qu'ils calment l'hémorragie et deviennent ainsi de précieux adjuvants des hémostatiques. Au surplus, on a partout à sa disposition une seringue et de l'eau salée, ce qui permet à tout le monde d'exécuter la prescription du médecin.

Voici la méthode à suivre :

1. Lavement évacuateur d'eau tiède avant le lavement médicamenteux ;

2. Lavement médicamenteux à garder au moins une demi heure : eau tiède de un verre à un litre ; sel marin, une demi cuillerée à café. Donner un lavement toutes les heures, voire même toutes les demi-heures, le premier jour, dans les cas graves ; toutes les deux heures le second jour ; toutes les six heures le troisième jour ;

3. Alternier les lavements salés avec les lavements alimentaires (deux par jour). Le lavement alimentaire à garder se composera de lait bouilli, écrémé et tiède (un à deux verres), d'une demi cuillerée à café de sel marin et d'un jaune d'œuf ;

4. Les lavements de lait peuvent être remplacés par des lavements de bouillon dégraissé, qui sont mieux tolérés.

L'auteur entre dans des détails complets, jour par jour et heure par heure, concernant chacune de ses observations et termine l'exposé de sa méthode par les conclusions suivantes :

1. Les lavements salés semblent enrayer les accidents consécutifs aux hémorragies graves ;

2. Les lavements d'eau salée simples suffisent en général ;

3. Les lavements de lait salé sont préférables, vu que leur composition se rapproche davantage de celle du sérum ;

4. Les lavements de bouillon dégraissé sont mieux tolérés et paraissent plus nutritifs.

DR. J. B.

La Caisse de l'Enseignement Médical à Montréal

On connaît le projet de fonder une chaire d'anatomie pathologique.

On sait qu'un comité s'est formé, grâce à l'initiative de notre ami le Dr Cléroux, pour recueillir des souscriptions suffisantes pour cette fondation.

L'Université Laval a accepté le cadeau offert par le comité et monsieur le professeur Letulle est presque décidé à venir inaugurer cette chaire et cela, par pur patriotisme, par amour de la nation française qui vit encore sur les bords du St-Laurent en dépit de la Pompadour.

Toutes ces difficultés aplanies, reste celle — énorme — de trouver les fonds nécessaires à la réussite de l'entreprise.

C'est à nous, médecins canadiens français, qu'il incombe de les trouver. Et d'abord, donnons notre obole, nous serons plus forts ensuite, pour demander l'aide des étrangers.

Sachons tous nous unir pour cette œuvre qui n'est pas celle d'une coterie ni d'un clan, mais celle là même de toute la population médicale française de la province de Québec.

Sachons comprendre qu'il s'agit d'une question de vie ou de mort pour notre enseignement français et travaillons avec ardeur, non seulement à l'empêcher de disparaître sous la supériorité de l'enseignement anglais, mais encore à lui assurer la suprématie qu'il mérite.

Nous sommes des Latins. Souvenons-nous-en. Et puisque sans cesse on nous reproche notre infériorité commerciale, il est juste que nous démontrions, même au prix des plus grands efforts, notre supériorité en tout ce qui regarde les choses de l'art et de la science.

L'Angleterre prédomine par son commerce qu'elle se verra bientôt enlever par les Américains.

La France tient la première place, encore et toujours, dans le monde artistique et scientifique.

Sachons donc maintenir cette différence au Canada. Souvenons-nous de notre vraie mère patrie et efforçons-nous de bien mériter d'elle.

Certes le McGill, tous les ans reçoit des cadeaux princiers. Mais l'argent n'est pas tout en science. Et le plus beau laboratoire du monde ne fera jamais de son propriétaire un savant qui peut, au contraire, dans le plus humble réduit étonner le monde par ses travaux :

L'union fait la force.

Il faut démontrer que Lafontaine avait raison. Aucune occasion ne sera jamais plus propice.

Ce n'est pas un professeur ordinaire qui nous est promis : c'est une des lumières mêmes de Paris.

Unissons-nous donc, recueillons à gauche et à droite le peu d'argent qui nous est nécessaire et nous verrons grandir et s'établir définitivement, en dépit des prédictions de mauvais augures et du mauvais vouloir de certains, la haute réputation de notre université française.

Allons — mes chers confrères : haut les cœurs : à l'ouvrage — la liste est ouverte, que chacun souscrive suivant ses moyens — sans honte comme sans orgueil.

A. DE MARTIGNY.

Nominations à l'Université Laval

Monsieur le professeur Demers vient d'être nommé professeur de Clinique Médicale à l'Hôpital Notre-Dame en remplacement de monsieur le professeur Rottot, qui se retire afin de goûter un peu de repos après une carrière d'un demi siècle de professorat.

C'est une lourde succession qui échoit à monsieur le professeur Demers. Nous sommes convaincu qu'il saura se montrer à la hauteur de la tâche à accomplir et que ses cliniques seront aussi suivies qu'instructives et intéressantes.

Notre ami, monsieur le docteur Benoit, a été nommé professeur suppléant de pathologie interne en remplacement de monsieur le professeur Demers.

Bien que jeune encore, le docteur Benoit s'est depuis longtemps préparé à suivre la carrière de professeur, d'abord en aidant notre regretté maître, le docteur Desrosiers, à la rédaction de son traité de matière médicale, puis en rédigeant depuis plusieurs années *l'Union Médicale du Canada*. Les trop rares occasions dans lesquelles il a pris la parole au comité d'études médicales ont révélé chez lui une grande clarté dans l'exposition du sujet; un langage précis et soigné, l'emploi constant du mot juste et bref: toutes les qualités du professeur distingué que nous sommes certain de le voir devenir.

LA RÉDACTION.

TABLE ALPHABÉTIQUE

A

	PAGES
Adynamique (Pneumonie)—prof. Jaccoud.....	378
American Electro Therapeutic Association.....	205
Aconit (l') et son emploi en thérapeutique—G. Roger	217
Ablation (de l') de certains kystes des annexes par la voie vaginale—Delaunay	241
Anevrysmes en général (Traitement des) et des anévrysmes de l'aorte en particulier par les injections sous-cutanées de gélatine.....	244
Alcoolisme (l').....	341
Anesthésie locale par le bromure d'éthyle cocaïné—M. G. Milon.....	546
Appendicite (de l') dans ses rapports avec la puerpéralité—Pinard	580
Appendicite (de l')—Dieulafoy.....	467

B

Bibliographie	99
Bacille (le) de l'influenza—E. Calmette.....	330
Bureau provincial de médecine.....	203

C

Colique hépatique—G. Lemoine.....	71
Comment meurent les diabétiques et comment ils doivent vivre—P. Legendre	80, 138
Canadian Medical Association.....	88
Commentaires (notes et) de la rédaction.....	202 à 206
Comité d'études médicales.....	204, 285, 350, 394, 446
Chloroforme (quelque détails pratiques pour l'administration du)—Berger.....	285, 320
Cliniques des maladies de la peau. Etiologie générale et classification des maladies de la peau—Gaucher.....	335
Congestion rénale à type néphrétique et son traitement—P. A. Mesnard.....	363

	PAGES
Contusions de l'abdomen (du traitement des) par la laparatomie immédiate—Berger.....	369
Coxalgie (de la)—Duplay.....	414
Chonique—Adelstan de Martigny.....	504
Correspondance—Paul Lozé.....	507
Confusion possible entre l'urémie, la méningite et l'hémorrhagie cérébrale—H. Rendu.....	548, 564
Chlorure d'éthyle cocaïné (anesthésie locale par le)—M. G. Milan.....	546
Correspondance—Adelstan de Martigny.....	555
Caisse (la) de l'enseignement médical.....	600
Colique hépatique—Geo. Lemoine.....	71

D

De la quassine dans les atonies du tube digestif.....	39
Du prolapsus génital et de son traitement—Delaunay.....	49
De l'identité individuelle par les rayons X—Foveau de Courmelles.....	67
Diabétiques (comment meurent les) et comment ils doivent vivre—P. Legendre.....	80, 138
Docteur Montizambert (le) et la quarantaine.....	85
De quelques usages de l'électricité en chirurgie—Chs R. Dickson.....	177
De l'inertie intestinale—Duclos.....	181
Du rôle de la lymphangite dans les affections des organes génitaux de la femme—J. A. Ouimet.....	207
De l'ablation de certains kystes des annexes par la voie vaginale—Delaunay.....	241
Du traitement des contusions de l'abdomen par la laparatomie immédiate—Berger.....	369
De l'enseignement médical.....	389
Docteur Guay (le).....	393
Docteur (le) Hugues Evariste Desrosiers.....	400
De la coxalgie—Duplay.....	414
De l'appendicite—Dieulafoy.....	467
Du sulfonal contre les sueurs des phtisiques.....	505
De l'épistaxis (formulaire de l')—P. Lacroix.....	580
Diagnostic des tumeurs du testicule—Duplay.....	536
De l'appendicite dans ses rapports avec la puerpéralité—Pinard.....	580

	PAGES
De l'emploi des lavements salés.....	598
Docteur Marsil (l'honorable).....	347

E

Électrolyse (Bi-) et pyrogalvanie—Foveau de Courmelles.....	164
Électricité (l') dans le traitement du goître—Chs R. Dickson	177
Éléments d'analyse d'urines—R. Roger.....	357
Enseignement médical (de l').....	389, 403
Étude clinique sur le strophontus.....	499
Entretien sur les maladies des voies respiratoires—Potain...	275

F

Formulaire de l'épistaxis—P. Lacroix.....	528
Fibrome et grossesse—G. Fieux.....	589
Furunculose et serum de Marmoreek—A. de Demartigny.....	122

G

Grossesse simillaire.....	202
Grossesse (traumatisme et)—Tilloux.....	384
Grossesses avec hydrarrhée persistante pendant soixante jours.—Jos. E. Dudé.....	459
Goutte (traitement de la)—Georges Lemoine.....	343

H

Hépatique (colique)—F. Lemoine.....	71
Heure (l') du médicament—Combemale.....	487
Hernies congénitales (traitement des) de l'enfance—Lanne- longue.....	586
Hémorrhagie cérébrale (confusion possible entre l'urémie, la méningite et l')—H. Rendu.....	564

I

Injections (des) intra-utérines dans l'infection puerpérale. —J. A. Ouimet.....	8
Injections de calomel dans le traitement de la syphilis—Louis Jullien.....	101
Intérêts professionnels.....	189

	PAGES
Interprétation d'un phénomène décrit dans la paralysie faciale périphérique—M. Campo.....	532
Ictère catarrhal—Geo. Lemoine.....	23
Inertie intestinale (de l').....	181

L

Les vieux qui urinent mal.....	35
Les vomissements incroyables de la grossesse—Jules Geoffroy	34
L'électricité dans le traitement du goître—Chs. R. Dickson.	177
L'aconit et son emploi en thérapeutique—G. Roger.....	217
Les grands lavages de l'urèthre et de la vessie—Adelstan de Martigny.....	303
Le bacille de l'influenza—M. E. Calmette.....	330
L'alcoolisme.....	341
L'hon. docteur Marsil.....	342
La congestion rénale à type néphrétique et son traitement —P. A. Mesnard.....	363
Le docteur Guay.....	393
Le docteur Hugues Evariste Desrosiers.....	400
Livre nouveau.....	455
Le salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire.....	597
La caisse de l'enseignement médical.....	600
Lavements salés (de l'emploi des).....	598

M

Méthode à suivre dans le traitement des maladies de la peau —Paul Émile Prévost.....	1
Mes cher lecteurs—A. de Martigny.....	255
Montizambert (le docteur) et la quarantaine.....	85
Maladies de voies respiratoires (entretien sur)—Potain.....	275

N

Notes diverses.....	44
Nécrologie	147
Notes diverses.....	149
Notes et commentaires de la rédaction.....	202
Notes diverses.....	206
Nécrologie.....	250

	PAGES
Notes diverses.....	253
Notes diverses.....	301
Nomination à l'Université Laval.....	602

P

Prophylaxie et traitement de la tuberculose dans la classe pauvre—M. Letulle.....	521
Péritonite tuberculeuse, etc—Desternes.....	16
Plexus veineux vésico-prostatiques — Paul Lozé.....	58
Pourquoi peut guérir l'hypertrophie sénile de la prostate— A. Guépin.....	55
Prolapsus (du) génital et de son traitement—Delannay.....	49
Pneumonie adynamique—Jaccoud.....	378
Pneumonie thérapeutique—Geo. Lemoine.....	231

Q

Qu'est devenue la scrofule—Gallois.....	571
Quelques conseils pratiques pour l'administration du chloro- forme—Berger.....	285
Quel doit être le traitement de choix de l'érysipèle de la face —Adelstan DeMartigny.....	510

R

Rhumatisme aigu et poussées aiguës de rhumatisme chroni- nique—Davoine.....	31
Revue médicale des sociétés savantes....41, 299, 348, 401, 443,	502
Recherches sur l'ozone atmosphérique—Foveau de Cournelles	127
Rôle (du) de la lymphangite dans les affections des organes génitaux de la femme—A. Ouimet.....	207

S

Sur la rigidité du col de l'utérus pendant le travail—J. A. Ouimet.....	266
Salicylate (Le) de soude dans le rhumatisme articulaire.....	597
Scrofule (Qu'est devenue la scrofule)—Gallois.....	521

T

Traitement de la pneumonie chez l'enfant—Comby.....	224
Traitement des anévrysmes en général, etc.....	244
Technique des grands lavages de l'urèthre par la méthode de Guépin— Paul Lozé.....	257
Traitement de la goutte—Georges Lemoine.....	343
Traitement des contusions de l'abdomen—Berger.....	364
Traumatisme et grossesse—Tiblaux.....	334
Traitement palliatif des corps fibreux—J. A. Ouimet.....	151
Traitement de la péricardite aiguë.....	187
Traitement des ulcères de l'estomac—G. Jorissène.....	477
Traitement (Quel doit être le) de choix de l'érysipèle de la face—Adelstan DeMartigny.....	510
Traitement (Prophylaxie et) de la tuberculose dans la classe pauvre—M. Latulle.....	521
Tumeurs du testicule (Diagnostic des) S. Duplay.....	536
Traitement des hernies congénitales de l'enfance—Lannelon- gue.....	586

V

Vers intestinaux—Georges Lemoine.....	19
---------------------------------------	----

TABLE DES AUTEURS

B

- Berger Prof.—Quelques conseils pratiques sur l'administration du chloroforme..... 285, 329
 Traitement des contusions de l'abdomen par la laparatomie immédiate..... 369

C

- Comby J.—Traitement de la pneumonie franche chez l'enfant 224
Calmette E.—Le bacille de l'influenza..... 330
Combemale Prof.—L'heure du médicament..... 487
Campo M.—Interprétation d'un phénomène récemment décrit dans la paralysie faciale périphérique..... 532

D

- Desternes.—Péritonite tuberculeuse, tuberculose génito-urinaire..... 16
Dickson, Chs. R.—L'électricité dans le traitement du goître. 177
 " " De quelques usages de l'électricité en chirurgie..... 179
Davaine.—Rhumatisme aigu et poussées aiguës de rhumatisme chronique..... 31
Dieulafoy.—De l'appendicite..... 467
Delaunay.—Du prolapsus génital et de son traitement..... 49
 " De l'ablation de certains kystes des annexes par la voie vaginale..... 241
Dubé, J. E.—Grossesse avec hydrorrhée persistante pendant soixante jours..... 459
Duplay.—De la coxalgie..... 414
 " Diagnostic des tumeurs du testicule..... 536
Duclos.—De l'inertie intestinale..... 181

F

- Foveau de Courmelles.—De l'identité individuelle par les rayons X..... 67

	PAGES
Foveau de Courmelles. — Recherches sur l'ozone atmosphérique.....	122
" " Bi-électrolyse et pyrogalvanie.....	164
Fieux, G.—Fibrome et grossesse.....	589

G

Gallois.—Qu'est devenue le scrofule ?.....	571
Gaucher. —Étiologie générale et classification étiologique des maladies de la peau.....	335
Guépin, A.—Pourquoi peut guérir l'hypertrophie sénile de la prostate.....	55

J

Jaccoud.—La pneumonie adynamique.....	378
Jorissène, G.—Traitement des ulcères de l'estomac.....	477
Jullien, Louis.—Injection de calomel dans le traitement de la syphilis.....	110

L

Lacroix, P.—Formulaire de l'épistaxis.....	528
Lannelongue.—Traitement des hernies congénitales de l'enfance.....	586
Lemoine, Geo.—Vers intestinaux.....	19
" Ictère catarrhal.....	28
" Colique hépatique.....	71
" Pneumonie.....	231
" La goutte.....	343
Letulle M.—Prophylaxie et traitement de la tuberculose pulmonaire dans la classe pauvre.....	521
Lozé, Paul.—Plexus veineux vésico-prostatiques.....	58
" Technique des grands lavages de l'urèthre par la méthode de Guépin.....	257
" Correspondance.....	507
Legendre, P.—Comment meurent les diabétiques et comment ils doivent vivre.....	80, 138

M

	PAGES
De Martigny, Adelstan.—Bibliographie.....	99
“ “ Furonculose et sérum de Marmoreck.....	122
“ “ Mes chers lecteurs	255
“ “ Les grands lavages de l'urèthre et de la vessie.....	303
“ “ Chronique.....	504
“ “ Quel doit être le traitement de choix de l'érysipèle de la face	510
“ “ Correspondance.....	555
Mesnard, P. A.—La congestion rénale à type néphrétique et son traitement.....	363
Milon, G.—Anesthésie locale par le chlorure d'éthyle cocaïné	546

O

Ouimet, J. A.—Des injections intra-utérines dans l'infection puerpérale.....	1
“ Traitement palliatif des corps fibreux.....	151
“ Du rôle de la lymphangite dans les affections des organes génitaux de la femme.....	207
“ Sur la rigidité du col de l'utérus pendant l'accouchement.....	266

P

Prevost, Paul Emile.—Méthode à suivre dans le traitement des maladies de la peau.....	7
Pinard.—De l'appendicite dans ses rapports avec la puerpéralité.....	580
Potain.—Entretien sur les maladies des voies respiratoires..	275

R

Rendu, H.—Confusion possible entre l'urémie, la méningite	
“ et l'hémorrhagie cérébrale.....	548
“ “ “	564
Roger, G. R.—L'aconit et son emploi thérapeutique.....	217
“ Eléments d'analyse d'urines.....	357
“ “ “ “	403

T

Tillaux.—Traumatisme et grossesse.....	384
--	-----

TABLE DES MATIÈRES

AOUT

PAGES

Méthode à suivre dans le traitement des maladies de la peau —Paul Emile Prévost.....	1
Des injections intra-utérines dans l'infection puerpérale—Dr J. A. Ouimet.....	8
Péritonite tuberculeuse, tuberculose génito-urinaire—Dr Desternes	16
Thérapeutique (Vers intestinaux)—Dr Geo. Lemoine	19
“ (Ictère catarrhal “ “	23
Rhumatisme aigu et poussées aiguës de rhumatisme chroni- que—Dr Davaine.....	31
Les vieux qui urinent mal.....	35
De la quassine dans les atonies du tube digestif.....	39
Revue médicale des sociétés savantes.....	41
Notes diverses.....	44
Formulaire	46

SEPTEMBRE

Du prolapsus génital et de son traitement—Dr Delaunay.....	49
Pourquoi peut guérir l'hyperthrophie sénile de la prostate— Dr A. Guépin.....	55
Plexus veineux vésico-prostatiques—Dr Paul Lozé.....	58
De l'identité individuelle par les rayons X—Dr Foveau de Courmelles.....	67
Thérapeutique (Colique hépatique)—Dr Geo. Lemoine.....	71
Comment meurent les diabétiques et comment ils doivent vivre—Dr P. Legendre.....	80
Le docteur Montizambert et la quarantaine	85
Canadian Medical Association.....	88
Bibliographie—A. de Martigny.....	99

OCTOBRE

Injections de calomel dans le traitement de la syphilis—Dr Louis Julien.	101
--	-----

	PAGES
Furonculose et sérum de Marmoreck—Dr A. de Martigny.....	122
Recherches sur l'ozone atmosphérique—Dr Foveau de Cour- melles	127
Comment meurent les diabétiques et comment ils doivent vivre—Dr P. Legendre.....	138
Nécrologie.....	147
Notes diverses.....	149

NOVEMBRE

Traitement palliatif des corps fibreux—Dr J. A. Ouimet.....	151
Bi-électrolyse et pyrogalvanie—Dr Foveau de Courmelles.....	164
L'électricité dans le traitement du goître. De quelques usa- ges de l'électricité en chirurgie—Dr Charles R. Dickson	177
De l'inertie intestinale—Dr Ducloux.....	181
Traitement de la péricardite aiguë.....	187
Intérêts professionnels.....	189
Notes et commentaires de la rédaction.....	202
Grossesse gémellaire.....	202
Bureau Provincial de Médecine.....	203
Comité d'Études Médicales.....	204
American Electro-Therapeutic Association.....	205
Notes diverses	206

DÉCEMBRE

Du rôle de la lymphangite dans les affections des organes gé- nitaux de la femme—Dr J. A. Ouimet.....	207
L'aconit et son emploi en thérapeutique—G. Roger.....	217
Traitement de la pneumonie franche chez l'enfant—Dr J. Comby.....	224
Thérapeutique, pneumonie—Dr Georges Lemoine.....	231
De l'ablation de certains kystes des annexes par la voie vagi- nale—Dr Delaunay.....	241
Traitement des anévrysmes en général et des anévrysmes de l'aorte en particulier par les injections sous-cutanées de gélatine.....	244
Nécrologie	250
Notes diverses.....	251
Formulaire	253

JANVIER

PAGES

Mes chers lecteurs—Adelstan de Martigny.....	255
Technique des grands lavages de l'urèthre par la méthode de Guépin—Dr Paul Lozé.....	257
Sur la rigidité du col de l'utérus pendant l'accouchement—Dr J. A. Ouimet.....	266
Entretien sur les maladies des voies respiratoires—Prof. Potain.....	275
Quelques conseils pratiques par l'administration du chloroforme—Prof. Berger.....	285
Comité d'Études Médicales.....	292
Revue médicale des sociétés savantes.....	299
Notes diverses.....	301

FÉVRIER

Les grands lavages de l'urèthre et de la vessie—Dr Adelstan de Martigny.....	303
Quelques conseils pratiques pour l'administration du chloroforme (suite)—Prof. Berger.....	320
Le bacille de l'influenza—M. E. Calmette.....	330
Clinique des maladies cutanées, étiologie générale et classification étiologique des maladies de la peau—Prof. Gaucher.....	335
L'alcoolisme.....	341
Traitement de la goutte—Dr Georges Lemoine.....	343
L'hon. docteur Marsil.....	347
Revue médicale des sociétés savantes.....	348
Comité d'Études Médicales.....	350

MARS

Éléments d'analyse d'urines—R. Roger.....	357
La congestion rénale à type néphrétique et son traitement—P. A. Mesnard.....	363
Du traitement des contusions de l'abdomen par la laparatomie immédiate—Prof. Berger.....	369
Pneumonie adynamique—Prof. Jaccoud.....	378
Traumatisme et grossesse—Prof. Tillaux.....	384
De l'enseignement médical.....	389
Le docteur Guay.....	393
Comité d'Études Médicales.....	394

	PAGES
Le docteur Hugues Evariste Desrosiers	400
Revue médicale des sociétés savantes.....	401

A VRIL

Éléments d'analyse d'urines (suite)—R. Roger.....	403
De la coxalgie—Prof. Duplay.....	414
Revue médicale des sociétés savantes.....	446
Comité d'Études Médicales.....	446
Livre nouveau.....	455

MAI

Grossesse avec hydrorrhée persistante pendant soixante jours —Dr Jos E. Dubé.....	459
De l'appendicite—Prof. Dieulafoy	467
Traitement des ulcères de l'estomac—Dr A. Jorissene.....	477
L'heure du médicament—Prof. Combemale.....	487
Étude clinique sur le strophanthus.....	499
Revue médicale des sociétés savantes.....	502
Chronique—Adelstan de Martigny.....	504
Du sulfonal contre les sueurs des phtisiques.....	505

JUIN

Correspondance à M. le docteur Adelstan de Martigny— Dr Lozé	507
Quel doit être le traitement de choix de l'érysipèle de la face —Dr Adelstan de Martigny.....	510
Discussion—Dr Adelstan de Martigny.....	513
Prophylaxie et traitement de la tuberculose pulmonaire dans la classe pauvre—Dr M. Letulle.....	521
Formulaire de l'épistaxis—Dr P. Lacroix.....	523
Interprétation d'un phénomène récemment décrit dans la pa- ralysie faciale périphérique—Dr M. Campo.....	532
Diagnostic des tumeurs du testicule—Prof. L. Duplay.....	536
Anesthésie locale par le chlorure d'éthylène cocaïné—M. G. Milan.....	546
Confusion possible entre l'urémie, la méningite et l'hémorra- gie cérébrale—Prof. H. Rendu.....	548

JUILLET

	PAGES
Correspondance à M. le docteur Paul Lozé (de Paris)— Dr Adelstan de Martigny.....	555
Confusion possible entre l'urémie, la méningite et l'hémor- rhagie cérébrale—Prof. H. Rendu.....	564
Qu'est devenue la scrofule ?—Dr Gallois.....	571
De l'appendicite dans ses rapports avec la puerpéralité— Prof. Pinard.....	580
Traitement des hernies congénitales de l'enfance—Prof. Lan- nelongue.....	586
Fibrome et grossesse—G. Fieux.....	589
Le salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire.....	597
De l'emploi des lavements salés.....	598
La caisse de l'enseignement médical.....	600
Nomination à l'Université Laval.....	602