

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

The Institute has attempted to obtain the best original copy available for scanning. Features of this copy which may be bibliographically unique, which may alter any of the images in the reproduction, or which may significantly change the usual method of scanning are checked below.

L'Institut a numérisé le meilleur exemplaire qu'il lui a été possible de se procurer. Les détails de cet exemplaire qui sont peut-être uniques du point de vue bibliographique, qui peuvent modifier une image reproduite, ou qui peuvent exiger une modification dans la méthode normale de numérisation sont indiqués ci-dessous.

- Coloured covers /
Couverture de couleur
- Covers damaged /
Couverture endommagée
- Covers restored and/or laminated /
Couverture restaurée et/ou pelliculée
- Cover title missing /
Le titre de couverture manque
- Coloured maps /
Cartes géographiques en couleur
- Coloured ink (i.e. other than blue or black) /
Encre de couleur (i.e. autre que bleue ou noire)
- Coloured plates and/or illustrations /
Planches et/ou illustrations en couleur
- Bound with other material /
Relié avec d'autres documents
- Only edition available /
Seule édition disponible
- Tight binding may cause shadows or distortion
along interior margin / La reliure serrée peut
causer de l'ombre ou de la distorsion le long de la
marge intérieure.

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

- Coloured pages / Pages de couleur
- Pages damaged / Pages endommagées
- Pages restored and/or laminated /
Pages restaurées et/ou pelliculées
- Pages discoloured, stained or foxed/
Pages décolorées, tachetées ou piquées
- Pages detached / Pages détachées
- Showthrough / Transparence
- Quality of print varies /
Qualité inégale de l'impression
- Includes supplementary materials /
Comprend du matériel supplémentaire

- Blank leaves added during restorations may
appear within the text. Whenever possible, these
have been omitted from scanning / Il se peut que
certaines pages blanches ajoutées lors d'une
restauration apparaissent dans le texte, mais,
lorsque cela était possible, ces pages n'ont pas
été numérisées.

TRAVAUX ORIGINAUX

TROIS ERREURS DE DIAGNOSTIC.

Par le Dr L. COYTEUX PRÉVOST,
Gynécologue de l'Hôpital St-Luc, Ottawa.

Commises par moi, évidemment. Nos recueils périodiques ne contiennent pas d'aveu de ce genre : par conséquent, je suis le seul coupable. Aussi je m'offre, avec le bêlement plaintif de l'agneau qu'on immole, aux regards courroucés des saintes âmes qui n'ont jamais péché. Sans autre préambule, je procède à la confession détaillée de mes fautes. Toutefois, afin d'ajouter à l'intérêt de mon récit, un mot seulement concernant la symptomatologie de l'appendicite :

1° Début soudain.

2° Douleur vive dans le flanc droit, autour d'un point auquel McBurney a attaché son nom.

3° Vomissements.

4° Constipation, et voilà. La chose est connue et devenue banale à force d'être répétée. Ajoutons si vous le voulez, comme satellites assez fréquents de ces symptômes cardinaux : l'histoire d'attaques analogues antérieures plus ou moins intenses (coliques appendiculaires) ; de la fièvre, rigidité du muscle droit et peut-être un peu d'obscurité du son à la percussion de la fosse iliaque. Maintenant, allons.

Au commencement du mois de juin dernier, je fus appelé à Arnprior par le Dr C... pour voir en consultation Delle R..., âgée de 41 ans. A cette longue virginité, elle pouvait se glorifier d'ajouter celle de tout traitement thérapeutique : jamais elle n'avait été malade. Grande, forte, admirablement constituée, les fonctions utéro-ovariennes s'étaient toujours accomplies chez elle d'une façon absolument normale. Jamais de suppression menstruelle, jamais de métrorrhagies,

pas de leucorrhée ni de dysménorrhée. Quelques jours auparavant, après une course en ville, elle ressentit soudainement une vive douleur dans l'abdomen, plus intense dans le flanc droit. Elle se mit immédiatement au lit et souffrit toute la nuit.

Le lendemain on fit appeler le médecin qui prescrivit un purgatif suivi d'une potion opiacée; des fomentations chaudes furent appliquées sur l'abdomen. Le soir, la fièvre apparut; les douleurs étaient toujours vives et paroxystiques. Durant la nuit il survint des vomissements qui continuèrent toute la journée du lendemain, mais qui cédèrent définitivement à l'administration de quelques gouttes de créosote. La douleur et la fièvre persistèrent. Le soir du second jour, le thermomètre indiquait 101°, tout le côté droit était sensible à la pression.

Pendant cinq à six jours, les symptômes ne subirent aucune amélioration et la veille du jour où je vis la malade pour la première fois, la température s'éleva à 102° Fah. et les souffrances étaient extrêmement intenses. Au moment de ma visite, le calme s'était un peu rétabli. Température, 99, pouls, 80, fort, régulier. Les nausées, les vomissements n'avaient pas reparu, les intestins étaient libres. Elle souffrait moins; cependant, de temps en temps, il survenait encore des poussées douloureuses d'une extrême acuité. L'abdomen était légèrement distendu et la sensibilité à la pression très vive dans le côté droit, principalement au niveau du point de McBurney. Peut-être un peu d'empâtement, mais pas de tumeur. Sonorité à la percussion superficielle dans toute la région, où il était possible de percevoir des anses intestinales météorisées.

En questionnant la malade, j'appris que, dans le cours de l'année dernière, elle avait eu, à cinq ou six reprises, des attaques offrant absolument les caractères de la colique appendiculaire. Subitement elle était prise d'une douleur aiguë dans la fosse iliaque droite, accompagnée de nausées et de vomissements. Au bout de quelques heures, tout rentrait spontanément dans l'ordre. Ce qu'elle éprouvait aujourd'hui, disait-elle, ressemblait aux attaques antérieures, seulement les symptômes étaient beaucoup plus accusés.

Evidemment nous avons affaire à une appendicite: c'était clair. Mais, j'étais loin de ma salle d'opération, et puis, vu l'amélioration survenue depuis le matin dans l'état de la malade, je pris la détermination de temporiser. Seulement, si le soir même ou le lendemain, les symptômes devenaient alarmants, il fut entendu qu'on me ferait prévenir et que je reviendrais, armé jusqu'aux dents, pour opérer sans retard. Dans tous les cas, je conseillai fortement à la malade,

aussitôt l'attaque actuelle passée, de se rendre à Ottawa pour faire enlever son appendice, ce à quoi elle consentit.

Le lendemain, on m'apprit par téléphone que tout allait assez bien. Température, 99, douleurs très modérées. Mais, au niveau de l'endroit où j'avais cru constater un peu d'empâtement, il existait, disait le médecin, une saillie appréciable et fluctuante. Une collection purulente, évidemment.

Deux jours après, la malade se jugeant en état d'entreprendre le voyage, se rendit à Ottawa où je la fis transporter à mon hôpital privé. Tout fut préparé pour pratiquer, le jour suivant, l'ouverture de l'abcès et l'appendicectomie.

Le 10 juin, éthérisation. Nouvel examen de la région. À l'extrémité interne d'une ligne tracée de l'épine antéro-supérieure de l'iléum à l'ombilic, il existe une large saillie offrant trois à quatre pouces dans tous ses diamètres; fluctuation évidente. Les caractères de cet abcès me parurent bien un peu étranges à cause de ses dimensions et de la situation plus élevée que celle offerte ordinairement par les collections purulentes dues à l'appendicite, mais je n'attachai aucune importance à ces irrégularités. J'ordonnai à l'assistant d'approcher un bassin pour recueillir le pus et j'incisai latéralement l'abdomen couches par couches à la base de la tumeur, divisant successivement la peau, les muscles, les aponévroses et le péritoine. La paroi brunâtre de la collection apparut, j'y plongeai le bistouri..... Pas une goutte de pus! Mais une gerbe de sérosité limpide jaillit: j'en recueillis dix-huit onces.

C'est un kyste!... Je saisis aussitôt la paroi dans les mors d'une pince et me mis en mesure de séparer les adhérences molles, récentes qui l'unissaient au péritoine pariétal. Je recherchai alors le pédicule, mais ce dernier me parut si bas que je résolus de pratiquer une nouvelle incision sur la ligne médiane pour mieux voir ce que je faisais. L'abdomen rapidement ouvert, j'explorai de nouveau. À ma grande surprise, je tombai sur une multitude de fibromes dont l'utérus était littéralement farci.

Position de Trendelenburg; incision élargie, examen du bassin. Le kyste appartenait à l'ovaire droit et adhérait à l'intestin, au bassin et à la paroi abdominale. Outre les nombreux nodules qui couvraient l'utérus, il existait un large fibrome attaché au fond de cet organe par un pédicule d'un pouce de long sur un pouce de large, permettant à la masse de plonger entièrement dans le cul-de-sac de Douglas où elle était incarcérée et retenue par des adhérences que je séparerai facilement. Après avoir libéré le kyste, je pratiquai l'hysté-

rectomie supra-cervicale et recouvris le moignon au moyen de deux lambeaux de péritoine que je réunis par une suture continue au catgut.

Puis l'appendice ? En effet, j'oubliais. Eh bien ! il était absolument normal, l'appendice ! pas même trace de la moindre émotion. Les risques qui venaient de menacer son existence méritaient bien que j'eusse la générosité de lui'accorder sa grâce : je le laissai dans l'abdomen.

Examen des pièces.—Quatorze fibromes ornaient la face externe de l'utérus. Il y en avait de toutes dimensions, les uns sessiles, les plus gros pédiculés. La cavité interne en contenait également quatre ou cinq de la grosseur d'une amande, situés sous la muqueuse et facilement énucléables. Sur le côté droit, l'un d'eux, pédiculé, et gros comme une orange, était sous-péritonéal. Le plus volumineux offrait six pouces de diamètre. C'est lui qui, attaché au fond de l'utérus, s'était replié sur son étroit pédicule et comblait absolument la cavité pelvienne en repoussant l'utérus sous le pubis. L'ovaire droit a disparu ; c'est à ses dépens que s'est développé le kyste monoculaire. A la base du sac existe une masse épaisse, de la grosseur d'un œuf de poule et paraissant formée par du sang à demi-coagulé de couleur sépia. La trompe, hypertrophiée, est allongée sur la paroi du kyste avec laquelle elle est intimement adhérente.

La convalescence fut rapide et sans incidents.

J'avoue humblement qu'au point de vue du diagnostic, passez-moi l'expression, je me suis fourré le doigt dans l'œil jusqu'à l'ombilic. Certes, il eût été plus rationnel de l'introduire dans le vagin de la malade avant de me prononcer péremptoirement sur la nature du mal dont elle souffrait ; j'aurais, sans aucun doute, constaté la présence de cet énorme fibrome qui remplissait le bassin tout entier. Cependant, sans chercher à amoindrir l'étendue de mon erreur, qu'il me soit permis d'invoquer en ma faveur, comme on dit au palais, le bénéfice des circonstances atténuantes. J'hésite toujours à pratiquer, sans une nécessité absolue, chez les vierges, un examen vaginal. Or, rien ne me faisait soupçonner la présence d'un néoplasme génital de ce genre, chez une femme qui n'avait jamais eu de métrorrhagie, jamais éprouvé aucune douleur, jamais remarqué de développement anormal de l'abdomen, la longueur du pédicule permettant à la plus grosse des tumeurs de se dissimuler traitreusement sous le promontoire. Puis encore, pourquoi cette fièvre ? Je sais bien maintenant qu'elle devait être sous la dépendance d'une poussée de péritonite, comme me l'ont démontré ces adhérences que j'ai

dû séparer entre le kyste et la paroi abdominale, mais en ajoutant cette élévation de température aux autres symptômes, pouvais-je penser à autre chose qu'à une appendicite? Enfin, ce kyste, au lieu de rester chez lui et de soulever tout bonnement la paroi de l'abdomen, comme le font ordinairement les honnêtes tumeurs de ce genre, par quelle singulière fantaisie a-t-il jugé à propos de ramper sournoisement le long du muscle droit en cachant sa matité, lors de mon premier examen, sous des anses intestinales distendues? Uniquement pour me dérouter et m'humilier, c'est évident. En un mot, du côté de l'appareil utéro-ovarien: Signes négatifs. Signes positifs, classiques du côté de l'appendice. Résultat inévitable: phénoménale erreur de diagnostic. Jusqu'aux renseignements anamnestiques qui s'étaient mis de la partie. En effet, en questionnant de nouveau la malade après l'opération, je crus pouvoir attribuer une autre explication à ces attaques antérieures que je pensais avoir été des coliques appendiculaires. Au commencement de l'année dernière, elle essayait un jour, à calmer un jeune enfant de 8 ans, excessivement colère, irascible. Au moment où elle le prenait dans ses bras pour le transporter dans une autre chambre, le petit malheureux lança une ruade dans l'aine droite de la pauvre femme qui en éprouva une telle douleur qu'elle faillit s'évanouir. Elle a toujours souffert depuis dans la région atteinte et cinq à six fois, les souffrances, accompagnées de vomissements, se montrèrent si intenses qu'elles simulaient à s'y méprendre les caractères d'une appendicite au début. La masse d'apparence cruorique située à la base du kyste n'aurait-elle pas quelque rapport de causalité avec ce singulier traumatisme?

Et d'une.

Lundi, le 12 juillet 1897

je fus appelé par le Dr A..., de Hull, pour voir avec lui madame M... Petite femme, 27 ans. Mariée depuis dix-huit mois. A eu un enfant en juillet 1896. Est enceinte de quatre mois. A toujours joui d'une bonne santé, à part une coxalgie survenue pendant son enfance et qui l'a laissée infirme avec la jambe droite raccourcie, le pied en adduction.

Vendredi le 9, elle eut une abondante diarrhée toute la nuit. Néanmoins le lendemain elle ne s'en porta pas plus mal et mangea même, au diner, un gigantesque concombre. Deux ou trois heures après, elle fut prise d'une douleur atroce dans le côté droit de l'abdomen. Elle vomit une partie de son repas, moins le concombre qui

ne reparut jamais. La douleur et les vomissements persistèrent jusqu'au soir et on fit appeler le médecin qui pratiqua une injection de morphine. Un lavement fut suivi d'effet. Cependant les douleurs ne se calmèrent pas, la malade prit le lit et n'a jamais cessé de souffrir depuis. Nausées continuelles, vomissements fréquents. Une constipation opiniâtre s'établit et ne céda qu'à l'administration réitérée des purgatifs.

Je priaï le médecin de la famille de me faire connaître son opinion. "J'ai d'abord pensé, me dit-il, à une indigestion, mais hier j'ai constaté de la tuméfaction dans le côté droit de l'abdomen et j'ai conclu que ce devait être une *pérityphlite*."

En dehors des grands centres, la fashionable appendicite est encore relativement inconnue; le peuple est resté fidèle à l'inflammation d'intestins d'antan que le médecin, plus complet, nomme volontiers: typhlite, péri-typhlite; et certes, pouvons-nous dire qu'ils ont toujours tort?

Dans tous les cas, cette assertion de mon confrère apportait un nouvel appui à la conviction déjà faite dans mon esprit. En effet: parfaite santé antérieure, douleurs apparues brusquement dans la fosse iliaque droite et persistant avec la même intensité les jours suivants, accompagnée de vomissements et de torpeur des intestins; enfin, tuméfaction au lieu d'élection, on sait ce que cela veut dire. En un mot, la quinte, quatorze et le point; toute la lyre, quoi!

Y avait-il eu de la fièvre?

Ici, je demande la permission d'ouvrir une parenthèse.—Il existe, entre praticiens, deux sortes de consultation. Celle qui se présente le plus fréquemment est celle qui est réclamée par le malade ou ceux qui composent son entourage. Le médecin est sûr de son diagnostic et sait parfaitement à quoi s'en tenir sur toute la ligne; mais, on a perdu confiance, que voulez-vous? On se décourage et quelques perfides commères aidant, on insiste pour avoir l'opinion de monsieur le docteur Un Tel. Gardez-vous bien (et ici je m'adresse aux jeunes) gardez-vous bien de ne pas accéder aux désirs exprimés par la famille. Subissez avec bonne grâce l'ennui que peut vous causer ce qui, après tout, n'est le plus souvent qu'un caprice bien pardonnable. Consentez, la bouche en cœur et avec force salamaleks à ce qu'on vous demande; vous n'avez qu'à y gagner. On vous trouvera conciliant, charmant et le médecin consultant, s'il n'est ni jaloux, ni imbécile, dira comme vous, ce qui ajoutera à votre réputation. Le malade paiera doubles honoraire et ressaisira la confiance qu'il avait perdue. Qui sait, même, si cette quiétude morale ne produira pas

un effet thérapeutique favorable sur l'évolution ultérieure de sa maladie.

L'autre genre de consultations ? Ah ! C'est une autre affaire. C'est vous alors qui hésitez. Un point obscur dans le diagnostic, une allure anormale et inexplicable dans la marche des symptômes. Vous appartenez à la classe privilégiée des médecins qui ont assez étudié pour être convaincus qu'il existe une chose ou deux en pathologie qu'il leur est permis d'ignorer ; vous ressentez qu'il est de votre devoir de chercher à vous éclairer auprès d'un confrère ami que vous choisissez *vous-même* alors et dont vous connaissez l'expérience spéciale en certaines matières. Faites-le appeler. Mais, de grâce, facilitez sa tâche souvent assez difficile. S'il s'agit surtout d'établir ou de confirmer un diagnostic, rassemblez les matériaux dont il aura besoin. Couchez sur le papier l'histoire détaillée du cas, mentionnant tous les symptômes que vous avez observés. En mettant ainsi sous les yeux du médecin consultant le tableau complet de la maladie, vous lui éviterez la nécessité de faire subir au malade un réquisitoire toujours pénible et souvent insuffisant.

Je m'empresse d'ajouter que les remarques ci-dessus ne s'appliquent pas tout entières au cas qui nous occupe, cependant, et quoique je n'accorde pas plus d'importance qu'il n'en faut à l'élévation de la température dans le diagnostic de l'appendicite, j'avoue que j'aurais bien aimé, tout de même, savoir s'il avait existé de la fièvre depuis le commencement de la maladie. Malheureusement, le thermomètre n'avait pas été appliqué et les renseignements étaient absolument nuls à ce sujet.

Je montai vers la malade. Je la trouvai tout en pleurs et paraissant en proie aux plus vives souffrances. Impossible de l'approcher, à cause de l'exquise sensibilité de son abdomen. C'est à peine si elle me permit seulement une simple inspection qui me fit constater, tout de même, une tuméfaction évidente du côté droit du ventre. Je pus palper le côté gauche que je trouvai absolument normal ; mais inutile de songer à toucher même du bout du doigt l'autre côté qu'elle protégeait contre toute exploration, par ses deux mains réunies.

Température axillaire = 100° Fah. Pouls, 125.

Je fis immédiatement transporter la malade à mon hôpital privé, décidé à opérer sans retard et à enlever cet appendice que je trouverais indubitablement perforé et peut-être gangrené.

Ethérisation. Incision au lieu d'élection dans le flanc droit. L'abdomen est ouvert. L'épiploon se présente aussitôt dans la plaie ; il n'est ni enflammé, ni épaissi, ni adhérent, je le repousse dans le

ventre et le maintiens au moyen d'une compresse. Je tombe bientôt sur l'appendice : il est dur, énorme, de la grosseur du doigt. Couché le long du colon auquel il adhère intimement, il traverse diagonalement la direction de l'incision, pointant vers le nord-ouest. Poursuivant mon investigation à la partie interne, je reconnais l'utérus gros mou, dont le fond s'élève jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Je cherchai alors à relever la situation exacte du gros intestin en prenant pour point de repère mon gros appendice, mais le résultat de mon examen ne me parut pas satisfaisant. Je résolus d'agrandir l'incision afin de faire une inspection plus parfaite du champ de bataille. J'attirai sans peine au niveau des lèvres de l'incision l'énorme corps du délit qui apparut congestionné, bleu, presque noir. Evidemment la gangrène l'avait déjà envahi. Je suivis du doigt l'organe, en me dirigeant du côté de l'extrémité libre qui, au lieu de se terminer en un cul-de-sac à surface unie, lisse, arrondie, était inégale, déchiquetée.

Un examen plus attentif me fit soupçonner pour la première fois que ce que j'avais pris pour l'appendice pouvait bien être la trompe de Fallope. En effet, plongeant le doigt explorateur dans le bassin, je sentis aussitôt son insertion sur la corne droite de l'utérus. Dirigeant de nouveau mon exploration du côté de la partie interne où j'avais cru l'appendice adhérent au gros intestin et attirant les organes près des lèvres de l'incision pour voir ce que c'était, je constatai que ce corps dur et allongé était comme soudé à un autre plus gros offrant la même coloration bleu noirâtre. Je plongeai quatre doigts dans cette direction et je constatai aussitôt qu'au lieu de l'intestin, c'était une grosse tumeur fluctuante, libre d'adhérence et dirigée vers l'ombilic, postérieurement à l'utérus. Je fendis immédiatement l'abdomen sur la ligne médiane et réussis sans peine à extérioriser le néoplasme qui n'était ni plus ni moins qu'un kyste de l'ovaire, tordu sur son pédicule, bleu d'étranglement et de la grosseur d'une tête de fœtus à terme ! Alors, toute l'affaire fut élucidée. Le pédicule était tordu cinq fois sur son axe de droite à gauche ; je le détordis cinq fois de gauche à droite et pus voir alors clairement la trompe, offrant une coloration rosée au niveau de son insertion, mais presque noire à partir du point d'étranglement jusqu'à son extrémité frangée.

Ligature et ablation du kyste et de la trompe. Fermeture de l'abdomen au moyen de trois plans de suture au catgut. Crins de Florence sur la peau, occlusion à l'airol collodioné. Douze onces de sérum artificiel par hypodermoclyse sous-mammaire. L'opération dura 55 minutes.

C'était un kyste dermoïde de l'ovaire droit. Neuf onces de liquide couleur de purée de pois s'écoulèrent à l'incision de la poche. Puis, au milieu d'une grande quantité de matière caséuse, je trouvai une masse grosse comme une orange constituée par des cheveux dorés, fins, soyeux comme le sont toujours les cheveux contenus dans les tumeurs de ce genre. La paroi interne du kyste était lisse, excepté en deux ou trois endroits où elle était incrustée d'écaillés osseuses. Vers le fond de la poche, existaient deux petites élevures coniques, de la grosseur d'un jaune d'œuf et recouvertes de petits poils hérissés.

Il me semble que ce cas est intéressant à plus d'un titre. Evidemment la malade portait ce kyste depuis longtemps sans que rien fit soupçonner son existence. Ces torsions multiples du pédicule n'étaient pas toutes de date récente et elles ont dû se former graduellement. La mère me dit qu'un mois auparavant la malade avait éprouvé comme le commencement d'une attaque semblable à la dernière. Ainsi, elle avait ressenti une douleur subite dans le flanc droit, accompagnée d'une sensation pénible de suffocation au creux épigastrique. Mais les accidents avaient été de courte durée et disparurent spontanément. Ces symptômes n'auraient-ils pas été causés par une torsion nouvelle du pédicule ?

Maintenant, étant donnée l'impossibilité absolue d'examiner l'abdomen, qui était d'une sensibilité extrême, j'ai dû faire le diagnostic exclusivement au moyen des renseignements fournis par l'histoire du cas. Cette douleur brusque dans la région iliaque, survenant après le repas chez une personne jusque là en parfaite santé ; les vomissements, la constipation, la fièvre, la sensibilité au toucher au niveau du point de McBurney. La continuation de ces symptômes malgré le repos au lit, les purgatifs, les fomentations chaudes, l'opium. Puis cette tuméfaction de la fosse iliaque plus apparente que réelle cependant, à cause de la position du membre inférieur en adduction ; la difficulté de constater l'état des organes contenus dans le bassin, vu la grossesse, en fallait-il davantage pour croire à l'existence d'une appendicite ? Même après l'ouverture de l'abdomen, la situation et les caractères de la trompe apparaissant en plein dans la région de l'appendice contribuaient à confirmer la justesse de ce diagnostic. J'ai péché, je le confesse, mais il me semble qu'en dépit des promesses formelles de l'évangile, les tentations ont été audessus de mes forces.

Et de deux.

Madame D..., 48 ans. Mariée depuis 29 ans ; elle n'a jamais eu d'enfants, jamais fait d'avortements. Toujours très bien réglée, sans douleur. Il y a 4 ans, début de la ménopause. Réglée deux fois par année depuis cette époque. Menstruée en octobre 1897 et la dernière fois en janvier 1898. Pas de leucorrhée ; antécédents personnels et héréditaires négatifs.

Le 15 janvier 1898, environ deux semaines avant ses dernières règles, elle fut saisie, durant la nuit, d'une douleur pongitive atroce sous le sein droit, avec irradiation vers la région dorsale. Un médecin fut appelé et diagnostiqua une colique hépatique. Au moment où il s'appréta à pratiquer une injection hypodermique, avant même qu'il eut administré aucun traitement, la douleur disparut spontanément d'une manière complète ! Déplorable dérision du sort pour le médecin, je l'avoue. Le lendemain et durant les trois semaines qui suivirent, la malade se porta comme un charme. Elle eut ses règles en quantité normale et comme toujours, sans la moindre douleur.

Le 23 février, sans cause appréciable, elle fut prise d'un violent frisson, suivi de fièvre, douleurs dans les lombes et l'abdomen, se propageant du côté de l'anus. Elle eut des douleurs de matrice. Toux légère sans expectoration.

Le jour suivant, retour du frisson. Les douleurs continuent, mais pas de diarrhée ni de constipation. Inappétence absolue.

Le 26 février, je la vis pour la première fois et lui trouvai très mauvaise mine. Teinte sub-ictérique de la conjonctive : langue blanche, molle, conservant l'empreinte des dents. Selles argileuses. La malade elle-même avait remarqué la coloration jaunâtre de sa peau ; elle craignait la jaunisse. Elle ne se plaignit pas de douleurs abdominales qui, au moment de ma visite, étaient insignifiantes. Je prescrivis du calomel et de l'acide muriatique. Elle n'éprouva aucun soulagement. Les douleurs de ventre avec sensation de pression pénible sur l'anus, revinrent et je fus appelé de nouveau le 1er mars. La malade était au lit. Ses traits sont altérés ; la langue est toujours saburrale, mais la bouche est sèche. Un peu de toux, pas de diarrhée ni constipation. Pas de nausées. Les selles ont repris leur coloration normale. Rien du côté de la vessie et des reins ; les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Je ne revis la malade qu'au bout de huit jours. Toujours à peu près le même état, cependant elle se dit plus faible. Puis, elle a de la fièvre ; température, 102°, pouls, 105. Inappétence absolue. Elle ne se plaint pas beaucoup de son ventre, néanmoins je pratique un examen minutieux rendu difficile par l'énorme obésité des parois de

l'abdomen. L'utérus est dans sa position normale, aucune douleur au toucher, rien d'appréciable dans le cul-de-sac.

A partir de cette époque, sur ma recommandation, la malade demeura au lit. Son état général était relativement satisfaisant, mais de temps en temps elle se plaignait d'une sensation de malaise dans l'abdomen qui lui semblait, disait-elle, plus gros qu'à l'ordinaire. Toujours un peu de toux ; quelques râles muqueux à la base de la poitrine. La température variait entre 100 et 102° Fah. ; pas plus élevée le soir, au contraire les exacerbations étaient ordinairement matinales. Les frissons n'ont pas reparu.

Le 21 mars, comme elle se plaignait d'avoir éprouvé la veille une douleur assez vive dans le côté droit de l'abdomen, douleur du reste qui avait spontanément disparu au bout de quelques heures, je procédai à un nouvel examen et je découvris, très profondément sous cette masse de graisse, une tumeur évidente, dure, légèrement sensible à la pression et située à mi-chemin entre l'os des îles et la ligne médiane. A l'examen bi-manuel : cette tumeur ne paraît pas attachée à l'utérus ; il faut déprimer très fortement la paroi de l'abdomen pour communiquer la sensation au doigt appuyé sur le col. Elle ne semble pas non plus avoir de rapports immédiats avec la partie inférieure de la cavité pelvienne ; le doigt, maintenu dans le cul-de-sac latéral droit, aide, il est vrai, à déterminer approximativement les dimensions de la tumeur, mais il ne perçoit qu'indirectement le choc imprimé par la main gauche qui percute extérieurement.

Ayant été forcé, à cette époque, de m'absenter de la ville pendant trois jours, je confiai la patiente aux soins d'une garde-malade expérimentée que je chargeai d'observer soigneusement les symptômes de la maladie. A mon retour, j'appris que, la veille, il était survenu un frisson intense, accompagné d'une température de 105°. Le frisson ne s'est pas reproduit, mais la fièvre persista, modérée, offrant toutefois des exacerbations vespérales atteignant 102°. Pas d'autres symptômes importants, du reste : pas de nausées, pas de troubles intestinaux, pas de tympanite. Aucune douleur excepté peut-être, un peu de gêne pénible dans l'hypochondre droit. La tumeur est toujours là, mais elle est peu sensible à la pression et il est impossible d'y découvrir la moindre fluctuation.

Il y a certainement du pus quelque part ; je décidai d'aller voir.

Le 4 avril, éthérisation à la maison de la malade. Incision latérale entre l'os iliaque et l'ombilic. Quelle gâisse, grand Dieu ! Le bistouri tout entier, le poing, le poignet disparaissent dans ce cratère

adipeux ! Le péritoine est ouvert. L'épiploon gras, épaissi, est adhérent à la partie interne. Le doigt plongé dans l'abdomen reconnaît les intestins, libres du côté de la fosse iliaque. Pas de pus. A la partie interne, je sens une grosse tumeur rénitente située profondément dans le bassin. Pas d'adhérence en haut : la main se meut librement dans la cavité abdominale. A la partie inférieure, pas de communication avec le petit bassin. En bas et en avant de la tumeur, j'atteins le cul-de-sac formé par la tumeur et la réflexion du péritoine pariétal. En introduisant l'index gauche dans l'incision et en exerçant sur l'abdomen une pression avec la main droite, il m'est facile alors de déterminer exactement les dimensions de cette tumeur qui est absolument fixe, immobile et semble occuper la cavité pelvienne toute entière.

Je fus bien tenté d'essayer de crever immédiatement les parois du néoplasme, mais comme il n'existait en haut aucune adhérence avec le péritoine, je craignis, s'il existait du pus, de contaminer la cavité abdominale. Je jugeai plus prudent de choisir la voie extra-péritonéale. J'introduisis donc le doigt entre l'ilium et la séreuse que je décollai graduellement ; je sentis distinctement le battement des vaisseaux iliaques et j'atteignis la tumeur. J'essayai mais en vain de pénétrer à l'intérieur. Je ressentis bien qu'en cheminant je brisais quelques couches de tissu, mais je ne crus pas devoir insister, redoutant les conséquences de manœuvres aveugles à travers une masse qui pourrait bien ne pas renfermer de pus après tout. Je plaçai un gâteau de gaze stérilisée dans l'incision que je venais de pratiquer et j'ouvris l'abdomen de l'ombilic au pubis sur la ligne médiane. Le grand épiploon grasseux, extrêmement épais, adhère tout autour de la tumeur qui bouche complètement la cavité du petit bassin. En bas, le péritoine pariétal se continue immédiatement sur le fond de la tumeur qu'il recouvre. Je ne vois ni vessie, ni utérus, ni annexes. La tumeur est adhérente de tous côtés à ce qui l'entoure. Je lie et détache avec précaution l'épiploon que je repousse en haut, ce qui me permet d'atteindre la limite supérieure du néoplasme, mais il m'est impossible d'explorer sa face inférieure à cause des adhérences intimes qui l'unissent au bassin et à l'intestin de chaque côté.

Pendant cette tentative d'exploration, du pus s'échappe soudainement, au niveau de la partie supérieure du bord gauche de la tumeur. Heureusement, le reste de la cavité abdominale était déjà parfaitement isolé au moyen de compresses stérilisées. Le pus est blanchâtre, extrêmement fétide. Cinq ou six onces s'écoulent spontanément.

J'introduis le doigt dans l'ouverture et je découvre bientôt le cœcum ainsi que l'appendice qui se dirigent vers le sud-est et dont l'extrémité est comme soudée dans les parois de la tumeur qui n'est ni plus ni moins qu'un vaste sac sessile, à parois épaisses et enchassé dans la cavité pelvienne à laquelle il est intimement uni ainsi qu'aux anses intestinales du voisinage.

Je demeurai rapidement convaincu qu'il était inutile de tenter l'énucléation de ce sac à cause de ses nombreuses et solides adhérences. Je résequai l'appendice près du cœcum et j'invaginai le moignon. Les parois du sac étaient trop friables et trop profondément situées pour songer à la marsupialisation. Je pratiquai une large ouverture, je vidai soigneusement le reste du pus qu'il contenait et je lavai la cavité à pleins pots d'eau stérilisée. J'introduisis alors une bandelette de gaze iodoformée jusqu'au fond du sac. Une autre fut placée en arrière, puis une troisième à gauche. Je cherchai en un mot, à séparer absolument l'aire infectée du reste de la cavité péritonéale. Je refermai l'abdomen par trois plans de sutures en ménageant naturellement une ouverture à la partie inférieure pour le passage des bandelettes de gaze. Enfin, par l'incision latérale, j'introduisis de la gaze iodoformée que je poussai soigneusement jusqu'aux lanières médianes.

Au bout de trois jours, je retirai la gaze ; une grande quantité de sérosité fétide s'échappa. Je pratiquai des lavages antiseptiques et renouvelai le pansement.

La malade a parfaitement et rapidement guéri.

Dans le cours de la première semaine qui suivit l'opération, il s'est passé du côté des intestins des phénomènes assez singuliers sur lesquels je crois intéressant d'attirer l'attention. Selon mon habitude, le matin du troisième jour, je fis administrer 10 grains de calomel. La malade eut deux ou trois selles dans le courant de la journée, mais le lendemain elle commença à souffrir d'une irritation pénible, insupportable, presque constante du gros intestin. Elle offrit tous les symptômes d'une véritable entéro-colite avec évacuations muqueuses, sanguinolantes accompagnées de ténésme rectal. Pendant trois jours, elle eut jusqu'à 17, 18, 20 petites selles glaireuses dans les vingt-quatre heures. Je voulais bien croire que la situation de l'abcès péri-appendiculaire au niveau du rectum n'était pas tout à fait étrangère à cette complication, cependant l'intensité des symptômes était, à mon avis, hors de proportion avec la possibilité de cette supposition. Ce n'était pas la première fois, du reste, que j'étais témoin de ce phénomène. Quelques mois auparavant, une malade

à qui j'avais pratiqué une hystérectomie abdominale pour fibrome de l'utérus compliqué de suppuration des annexes, et chez laquelle j'avais laissé un drain à la gaze iodoformée, avait souffert pendant plusieurs jours de cette abominable irritation intestinale dont je n'ai jamais pu découvrir la cause.

Or, précisément au moment où je combattais les troubles intestinaux dont souffrait la malade qui fait le sujet de cette observation, mes yeux tombèrent sur un article publié par F. F. Simpson de Pittsburg, dans "*American Journal of Obstetrics*" avril 1898 et dont voici le résumé :

L'incompatibilité qui existe entre les sels de mercure et les iodures est un fait reconnu depuis longtemps. Nous savons en outre, que l'iodoforme absorbé par l'organisme est éliminé sous forme d'iodure de sodium dont il est facile de déceler la présence dans toutes les sécrétions. Or, que le calomel et l'iodoforme soient absorbés simultanément, le fait de la rencontre du produit de l'absorption de ces deux substances dans le liquide sécrété par les glandes intestinales donnera lieu à la formation d'iodure jaune de mercure, sel doué de propriétés éminemment irritantes sur la muqueuse de l'intestin, dont l'inflammation se traduit alors par les symptômes d'une entérocolite intense. L'auteur, à l'appui de son opinion, cite un fait clinique ainsi que les résultats intéressants qu'il a obtenus à la suite d'expériences faites sur les animaux.

Je n'ai aucun doute que les accidents survenus chez mes deux malades doivent être attribués à une intoxication locale de ce genre. La gaze dont je me sers habituellement est fortement imprégnée d'iodoforme ; j'en avais littéralement farci la cavité abdominale. La dose de calomel administrée était aussi relativement considérable ; les résultats que j'ai observés n'ont rien qui doivent nous étonner et semblent confirmer la théorie émise par l'auteur que j'ai cité.

Cette dernière observation constitue une nouvelle preuve ajoutée à toutes celles que nous possédons déjà sur la difficulté que nous éprouvons parfois d'établir un diagnostic précis dans les affections de cette boîte à surprise que nous appelons : l'abdomen. Pendant près de deux mois que cette malade demeura soumise à mon observation minutieuse, j'ai placé son affection dans presque tous les coins du cadre nosologique sans jamais songer à l'appendicite, dont rien ne pouvait faire soupçonner l'existence, à part quelques douleurs abdominales passagères et toujours mal caractérisées.

Et de trois.

Malgré mes fautes, ces trois malades ont guéri et j'accepte avec reconnaissance les félicitations bien senties que ne manqueront pas de me décerner, *in petto*, mes indulgents lecteurs. Mais je serais absolument désolé, si dans l'esprit de quelques uns surgissait l'idée que mes efforts chirurgicaux sont invariablement suivis de succès. Mes pauvres malades, je les *panse* tous et toutes avec la plus grande sollicitude, mais, hélas! Dieu ne les *guarit* pas toujours. Je partage du moins avec mes autres frères en chirurgie, cette suprême consolation : c'est que chaque revers renferme une sanction. Les leçons si salutaires que nous donne l'expérience infligent parfois à notre amour-propre de bien cuisantes blessures, mais elles nous font gagner en sagesse ce qu'elles nous font perdre en orgueil : ceux qui souffrent ne sont certes pas ceux qui profitent le moins de cet échange.

Ottawa, janvier 1899.

LA VARIOLE JUSQU'À AUJOURD'HUI.

NOTIFICATION RÉCIPROQUE DES
CONSEILS D'HYGIÈNE
DE L'AMÉRIQUE DU NORD.

6^e RAPPORT (a)

Montréal, 10 Mars 1899.

Aux Secrétaires des Conseils d'Hygiène d'Etat et de Province.

L'état actuel de la variole dans la Province est le suivant :

COINTRÉ.	MUNICIPALITÉ.	Population.	Date de l'éclou- sion.	Cas nouveaux depuis le der- nier rapport.	Total des cas depuis l'éclou- sion.	Morts.	Guéris.	Encore malades	Maisons infec- tées depuis Pé- closton.	Maisons enco- re infectées.
Évangéles	Côteau du Lac...	1,276	10 déc.	0	5	0	5	0	1	0
do	Côteau Landing.	507	29 déc.	0	1	1	0	0	1	0
do	St.-Télesphore...	1,307	12 jan.	2 (b)	7		4	3	1	1
Pontiac...	Waltham-Bryson	361	13 fév.	0	1			1	1	1

(a) Date du dernier rapport : 23 février. (b) Deux cas légers de varicèle dans la famille déjà en quarantaine.

Bien à vous,

ELZÉAR PELLETIER,

Secrétaire du Conseil d'Hygiène de la Province de Québec.

INFLAMMATION AIGÜE DE L'ANTHRE D'HIGMORE (1)

Par M. le professeur FOUCHER.

Les inflammations des cavités accessoires de la face ont été depuis une vingtaine d'années le sujet de nombreux travaux. Ces affections peu connues avant cette époque n'étaient diagnostiquées qu'au moment où apparaissait une enflure de la joue, ou s'établissaient des fistules et des caries osseuses étendues. Maintenant, elles sont reconnues à leur état latent, chez des patients qui paraissent souffrir de toute autre affection, elles sont diagnostiquées à leur début même, à l'état aigu.

Cependant, envisagée à ce dernier point de vue, la sinusite maxillaire ne paraît pas avoir encore beaucoup attiré l'attention des spécialistes puisque les travaux parus et les observations relatées se rapportent presque tous à l'empyème chronique. Encore dernièrement, je lisais dans le N° de juin 1898 du *Laryngoscope* cette phrase de Stirling d'Atlanta "I am inclined to think that acute inflammation in the maxillary antrum is more frequent than is generally thought."

A cette époque, j'avais déjà dans mes cartons quelques observations de sinusite aiguë du maxillaire et j'étais persuadé de l'exactitude de cette remarque. Je me rappelle, en effet, avoir rencontré un grand nombre de cas où les symptômes accusés se rapportaient certainement à une sinusite aiguë et où cependant je n'ai cru traiter qu'un simple coryza. S'il ne s'agissait que de démontrer ce fait que la sinusite aiguë est plus fréquente qu'on ne le croit, ma tâche serait vite terminée : je n'aurais qu'à citer les douze cas que j'ai observés depuis janvier 1897. Mais à cette question s'en rattache une autre non moins importante, celle du diagnostic et du traitement.

L'état aigu et l'état chronique de la sinusite maxillaire ne s'annoncent pas de la même manière et ne sont pas justifiables du même traitement. Ainsi l'état aigu est plus tapageux, plus douloureux que l'état chronique. La douleur est périorbitaire, assez intense pour troubler le sommeil, il y a du blepharospasme, du larmoiement, la douleur s'irradie à tout le côté correspondant de la tête,

(1) Travail lu à la séance du 19 janvier du Comité d'Etudes.

la pression dans la fosse canine l'augmente sensiblement. La sécrétion est claire, jaunâtre, couleur de beurre fondu ; au début, elle est le plus souvent retenue prisonnière dans le sinus par le gonflement de la muqueuse nasale, qui obstrue l'ouverture du sinus. Plus tard, elle devient blanc jaunâtre, dégage à ce moment une odeur fade, mais pas encore cette odeur infecte que l'on remarque dans les cas chroniques. Cependant, dans l'empyème aigu résultant d'une carie dentaire, la sécrétion n'est pas emprisonnée aussi facilement dans le sinus, elle est plutôt purulente et dégage généralement une mauvaise odeur que le patient perçoit lui-même. L'histoire du patient nous reporte à une inflammation de date récente. La douleur, la gêne de la respiration nasale, quelquefois la sécrétion purulente subite qui s'échappe par le nez, sont les causes qui nous amènent les patients. Enfin, la maladie peut guérir spontanément, avec la disparition de la cause qui l'a produite : un coryza ou une dent cariée. Le traitement est suivi rapidement d'un résultat favorable.

L'état chronique latent se révèle par une décharge purulente par le nez, écoulement fétide qui fait croire aux patients qu'ils souffrent du catarrhe nasal. Ils accusent de la céphalée. C'est ce qui les décide à consulter le médecin. A l'examen du nez on trouve alors du pus dans le méat moyen ; si on enlève ce pus avec un tampon de coton absorbant, on constate qu'il ne se renouvelle pas aussi vite que s'il s'agissait d'une suppuration des cellules ethmoïdales ou du sinus frontal.

Souvent il existe conjointement des polypes ou une hypertrophie des cornets. L'histoire du patient nous reporte à une inflammation de date ancienne. Cet état chronique exige une opération, une ouverture large de l'anthre, quelquefois du curettage, dans un grand nombre de cas un traitement long et ennuyeux. La céphalée peut aussi bien reconnaître pour cause l'intoxication par absorption de toxines que la compression qui s'exerce sur les parois du sinus. Il existe un élément de diagnostic qui rend autant de service dans l'état aigu que dans l'état chronique, je veux parler de l'éclairage du sinus par transparence à l'aide d'une lampe électrique placée dans la bouche. Ce procédé appelé du nom de celui qui l'a vulgarisé, procédé de Hering, rend de réels services dans ces cas.

Si on place un foyer lumineux dans la bouche, la lumière se diffuse à travers les os et les tissus mous dans toutes les directions et se porte d'autant plus loin que la lumière est plus intense et que les tissus sont plus perméables. A l'état normal lorsqu'on éclaire la bouche à l'aide d'une lampe de force suffisante, on voit la joue illu-

minée ainsi que la pupille et la fosse nasale. S'il existe du liquide dans le sinus, une tumeur ou un épaissement quelconque, la lumière rencontrera un obstacle à sa diffusion et on constatera que la joue est plus sombre, qu'il existe un croisant obscur au-dessous de l'orbite, que la pupille ne s'illumine pas (signe Vohsen-Davidson), que le patient ne perçoit pas de lumière de cet œil (signe Garel-Burger), que la paroi nasal du sinus est obscure (signe de Roberston).

L'épreuve de Hering peut induire en erreur dans certains cas, mais en ajoutant les renseignements qu'elle fournit avec les autres symptômes observés on ne peut manquer d'arriver à un diagnostic rationnel.

En m'appuyant sur les données précédentes j'ai pu observer, dans ma clientèle privée, depuis le mois de janvier 1897, 12 cas de sinusite aiguë du maxillaire. Je vais vous raconter brièvement leur histoire et j'ajouterai quelques remarques se rapportant à la ligne de conduite que j'ai cru devoir suivre dans le traitement de ces cas.

Obs. I.—Le 10 février 1897, le Dr X..., 41 ans, a contracté un coryza qui, dès le lendemain, offrit une intensité inusitée. Pendant la veillée, en faisant un effort violent pour se moucher, il éprouva une violente douleur dans la région de l'orbite gauche et la sensation d'un corps étranger qui aurait été se loger dans le sinus maxillaire. Le sommeil fut mauvais, souvent interrompu par des accès de douleurs au-dessous de l'orbite gauche. Pendant la journée qui succède, les douleurs s'accroissent malgré l'usage de vaporisations de la solution alcaline de Wyeth, additionnée de cocaïne. Pendant la nuit du 11 au 12 février, la douleur empêche le patient de dormir. Le 12, l'examen de Hering révèle une obscurité presque complète à gauche, sous l'orbite, la pupille reste obscure et la narine s'éclaire à peine. Pas de dent cariée, le nez est obstrué par le gonflement de la muqueuse, le patient ne mouche qu'un liquide clair muqueux, la sécrétion d'un coryza ordinaire. Je lui conseille d'appliquer un tampon de ouate imbibé d'une solution de cocaïne à quatre pour cent dans le nez et au bout d'une minute de le retirer, de se pencher alors la tête en bas, du côté droit et de se moucher fortement par la narine gauche exclusivement. Je conseille en plus de déterminer une pression négative dans le sinus malade en inspirant souvent dans le cours de la journée, le nez et la bouche complètement fermés.

Ce traitement est suivi de l'expulsion par le nez d'une grande quantité de sérosité couleur de beurre fondu, soulagement immédiat. Ce mode de traitement, joint à l'usage des vaporisations alcalines fut continué pendant trois jours. Au bout de ce temps, le patient

ne ressent aucune douleur, se considère guéri. Il mouche encore beaucoup, mais comme à la fin d'un rhume ordinaire. Le sinus n'a repris sa transparence que huit jours plus tard.

L'année suivante, à peu près à la même époque, une autre attaque de coryza survint avec douleurs périorbitaires. Le sinus est opaque. Le même traitement appliqué de nouveau est suivi rapidement du même résultat satisfaisant.

OBS. II.—Madame Z. R..., 29 ans, a contracté un coryza en janvier 1898, qu'elle a considéré plus intense que les autres. Subitement dans le cours de la nuit elle fut réveillée par de violentes douleurs supra orbitaires droites. Le matin elle constate que sa joue droite est enflée et éprouve des douleurs vagues au pourtour de l'orbite.

L'examen révèle du gonflement de la muqueuse nasale, des deux côtés, pas de pus dans le méat moyen droit. L'éclairage de Hering révèle une obscurité à droite. Traitement, par des tampons imbibés de cocaïne suivis d'efforts d'expulsion par le nez, la tête en bas et inclinée à gauche et d'inspiration le nez et la bouche fermés. La patiente revient au bout de six jours, elle n'éprouve aucun malaise, son coryza est guéri, elle dit qu'à la suite du traitement prescrit elle a mouché un liquide jaune clair, en quantité pendant trois jours.

OBS. III.—M. Z. R..., 35 ans, le mari de la patiente précédente, a contracté un rhume en même temps que sa femme en janvier 1898. Il a guéri facilement en quatre ou cinq jours, mais il a contracté un autre en mars 1898, celui-là plus intense que le précédent, a éprouvé des douleurs névralgiques autour de l'orbite, a mouché un liquide séreux et a paru en guérir, mais quatre jours plus tard, nouvelle recrudescence plus intense que la précédente.

L'Hering dénote obscurité à droite du côté malade, muqueuse nasale gonflée, pas de pus dans le méat moyen. Le même traitement que le précédent est prescrit. Le patient devait revenir au cas où il n'y aurait pas eu guérison après trois jours. Il n'est pas venu, j'en conclus qu'il a dû guérir rapidement.

OBS. IV.—M. B..., 18 ans, étudiant en droit, a contracté le coryza le 4 janvier 1899. Éprouve de fortes douleurs au-dessus de l'œil gauche, l'œil est larmoyant. La muqueuse nasale obstrue complètement la narine. Application de cocaïne pour réduire la muqueuse, pas de pus dans le méat moyen. Pas de carie dentaire. J'ordonne au patient, séance tenante, de se pencher de la façon indiquée ci-haut et de se moucher fortement. Il vient un liquide jaunâtre clair en petite quantité. L'éclairage était et est encore moins prononcé à gauche qu'à droite. Le traitement ci-dessus est prescrit et demande expresse

est faite de revenir s'il n'y a pas d'amélioration en peu de jours. Le patient n'a pas été revu.

OBS. V.—M. G. L..., 44 ans, est venu me voir le 18 mars 1897, se plaignant de douleurs de la face à gauche et gêne de la respiration. Son histoire est à peu près celle des observations qui précèdent : coryza aigu suivi au bout de trois à quatre jours de douleurs sous-orbitaires s'étendant jusqu'aux dents. Pas de carie dentaire du côté malade, gonflement de la muqueuse nasale à gauche, pas de pus. La lampe électrique indique une opacité à gauche. Le traitement précédent est prescrit.

Le 30 mars, le patient revient au bureau et dit qu'il a éprouvé beaucoup de soulagement dès les premières applications de ce traitement. Il a mouché beaucoup, mais n'a pas remarqué l'apparence de la sécrétion.

L'examen de Hering indique maintenant un sinus perméable à la lumière.

OBS. VI.—M. N..., Dentiste, 27 ans, a reçu un coup de poing sur le nez il y a un an. Je l'ai traité alors pour un abcès de la cloison. Il est resté une forte incurvation de la cloison déterminant une sténose de la narine droite. Aujourd'hui, 24 août 1897, il ressent depuis trois jours une douleur dans l'œil et l'orbite droits, à la suite d'une attaque de grippe. Impossible d'explorer le méat moyen à cause de la déviation de la cloison. Le patient n'a plus de dents. A la lampe électrique l'obscurité est complète à droite. Perforation sus-alvéolaire, injection d'eau boriquée chaude, il revient par le nez du muco-pus clair sans odeur. Vu l'obstruction nasale je continue les injections par le rebord alvéolaire pendant quatre jours. Après ce temps l'injection ne fait rien sortir. Traitement discontinué. Le sinus reste opaque.

Le 4 sept., autre attaque. Cette fois application de cocaïne d'après le procédé déjà indiqué. Tout rentre dans l'ordre quelques jours plus tard.

OBS. VII.—M. D..., 34 ans, a contracté un coryza il y a dix jours et a mouché du pus depuis trois à quatre jours. Aujourd'hui, le 12 mars 1898, il éprouve des douleurs en dessous de l'œil et prétend avoir ressenti ces douleurs il y a deux mois. La muqueuse nasale est gonflée des deux côtés, il y a du pus dans le méat moyen gauche. L'éclairage de Hering démontre une obscurité complète de ce côté. Traitement déjà indiqué. Au bout de huit jours le patient a éprouvé beaucoup de soulagement. Dix jours plus tard le patient ne mouche plus de

pus. Le sinus gauche est beaucoup moins opaque, mais encore plus sombre que le sinus droit.

Le patient n'a pas été revu.

OBS. VIII.—Mad. L..., âgée de 30 ans, éprouve des douleurs lancinantes en dessous de l'œil droit depuis trois jours, à la suite de coryza, et mouche du pus depuis 6 à 7 ans des deux côtés. Cependant, n'a jamais éprouvé de douleurs avant aujourd'hui, 8 avril 1898. Mouche plus de pus à droite qu'à gauche, de ce côté la sécrétion est plus jaune. L'éclairage électrique dénote une obscurité à droite, pas de pus dans les méats, un peu de gonflement de la muqueuse. Traitement ordinaire. La patiente n'a pas été revue.

OBS. IX.—Mad. B..., 33 ans, se plaint d'anosmie depuis 3 jours survenue à la suite d'un coryza contracté il y a trois semaines. Aujourd'hui, le 7 juin 1898, la patiente mouche et expectore une sécrétion blanchâtre ne dégageant aucune odeur. A déjà éprouvé les mêmes symptômes l'an dernier à pareille époque à la suite de refroidissement. Elle a eu des douleurs dans les dents et la joue qui ont persisté une partie de l'été, mais aujourd'hui les symptômes sont plus intenses. L'éclairage indique une obscurité du côté gauche. Pas de dent cariée. Hypertrophie de la muqueuse nasale du cornet moyen, mucopus dans le méat moyen. Cautérisation du cornet moyen au galvano-cautère, pommade boriquée prescrite et le traitement des autres cas. L'état de la malade s'est amélioré graduellement, au bout de trois semaines l'odorat était revenu, le sinus s'était vidé, l'éclairage était presque égal des deux côtés et la patiente avait cessé de moucher du pus.

OBS. X.—Melle C..., âgée de 33 ans, a eu mal aux dents au commencement de décembre 1896, elle a souffert pendant deux jours, deux ou trois jours plus tard a mouché du pus infect et la joue est devenue enflée. Un confrère dont elle est la cousine me la dirige et je constate que le sinus constitue un obstacle absolu au passage des rayons lumineux vers l'orbite. La pression dans la fosse canine est très douloureuse. Je conseille l'extraction dentaire et propose de profiter de cette extraction pour perforer le sinus par l'alvéole et débarrasser la cavité du pus qu'elle contient. La patiente s'y objecte et consent seulement de faire extraire sa dent cariée, une grosse molaire. Je prescris des lavages de nez au peroxide d'hydrogène et l'usage de la cocaïne comme dans les autres cas. L'amélioration a suivi de près le traitement. Le 14 janvier, la patiente ne mouche plus de pus, le sinus est transparent.

OBS. XI.—M. R..., âge de 37 ans, mouche du pus depuis quatre à cinq

jours. Accuse des douleurs dans les gencives et au-dessous de l'œil gauche. Aujourd'hui, le 3 août 1898, il existe du pus dans le méat moyen, la muqueuse un peu gonflée, l'éclairage se fait mal à gauche. La pression de la fosse canine détermine de violentes douleurs. Dent molaire cariée à gauche enlevée. le sinus est perforé et l'injection ramène du pus en quantité. Un tube est laissé à demeure, l'injection est continuée jusqu'au 11, époque à laquelle l'injection ne décèle aucun pus. Le tube est enlevé. Le 27 le patient est revu. La guérison s'est maintenue, le sinus est transparent.

OBS. XII.—Le Dr B., 28 ans, mouche du pus, qui sent mauvais depuis 10 jours. Examiné le 25 août 1897; je constate qu'il y a du pus dans le méat moyen sans gonflement marqué de la muqueuse. Le sinus droit est opaque, il existe une racine suspecte d'une molaire droite supérieure. La pression de la fosse canine détermine de violentes douleurs. Le confrère consent à s'en débarrasser immédiatement et je perfore l'alvéole. L'injecteur ramène du pus. Un tube est laissé en place et l'injection est continuée pendant cinq jours. Au bout de ce temps l'injection revient claire du sinus, j'enlève le tube. Revu le 13 septembre, le sinus droit est transparent à peu près au même degré que l'autre. Le patient ne mouche plus de pus.

En résumé, j'ai observé neuf cas de sinusite aiguë résultant d'un coryza aigu et trois autres cas d'origine dentaire. Dans la première série les douleurs sus et sous orbitaires dominaient la scène. Six cas n'offraient aucune sécrétion purulente, au début, seulement la sécrétion d'un coryza ordinaire. Le liquide expulsé du sinus offrait au contraire l'apparence du sérum. Ces cas ont guéri rapidement.

Un autre cas mouchait une sécrétion blanchâtre, comme à la fin d'un coryza. Son coryza datait déjà de trois semaines. Il n'y a pas de doute que pour ce cas un état aigu est venu se greffer sur un état chronique. Les deux autres cas mouchaient du pus véritable et il n'y a pas de doute que le sinus était déjà préparé à cette attaque aiguë.

Les trois cas d'origine dentaire mouchaient tous du pus à mauvaise odeur, la muqueuse nasale n'était pas hypertrophiée et les douleurs étaient plutôt locales qu'irradiées au pourtour de l'orbite. La guérison a suivi de près l'extraction des dents cariées jointe ou non à la perforation alvéolaire et au lavage du sinus.

Le cas du dentiste N. semble indiquer que la déviation de la cloison a contribué à la sinusite en obstruant plus efficacement le sinus après l'infection. C'est aussi la raison qui m'a déterminé à

perforer l'avéole, croyant que la cocaïne ne pourrait pas rétablir suffisamment la perméabilité de la fosse nasale.

Il me reste à parler de nouveau de l'éclairage de Hering et à motiver le traitement que j'ai employé.

L'éclairage de Hering, pour être effectif, doit être pratiqué avec une lampe d'un pouvoir éclairant suffisant. Je n'hésite pas à dire qu'un bon nombre des lampes mises en vente pour cette fin ne remplissent pas le but que nous voulons obtenir : elles n'éclairent pas suffisamment. On recommande généralement 4 à 7 volts de force électro-motrice pour éclairer ces lampes. Pour ma part j'emploie plutôt des lampes de 7 à 20 volts donnant un éclairage de 5 à 20 bougies. Je dépasse le pouvoir éclairant attribué à la lampe en augmentant le voltage pour lequel elle est destinée. De cette façon j'augmente le pouvoir éclairant, sans augmenter le volume de la lampe. Ce détail offre une certaine importance si on considère qu'une lampe pour être introduite dans la bouche ne doit pas dépasser $\frac{3}{4}$ de pouce de diamètre. Il ne faut pas non plus que ces lampes développent trop de chaleur, autrement on courrait le risque de brûler la bouche.

Chez les sujets blonds, jeunes, chez les femmes en général, un faible éclairage suffit, disons 5 à 6 bougies ; chez un sujet âgé, un homme à système osseux très développé, une lampe de 10 à 20 bougies sera indiquée. Il est donc préférable d'avoir trop d'éclairage que pas assez, c'est pourquoi en pratique je me sers toujours d'une lampe d'un pouvoir éclairant considérable dont je diminue l'intensité à volonté à l'aide d'un transformeur gradué. Le maniement de la lampe exige quelque précaution si elle n'est pas complètement protégée par un capuchon métallique ou autre, l'explosion d'une lampe électrique dans la bouche offrirait des inconvénients sérieux.

La lumière arrive au sinus par la voute palatine, la cavité nasale, la paroi externe de cette cavité. Dans tous les cas où l'intégrité de ces parties anatomiques n'est pas absolue, l'éclairage fera défaut. Aussi, il faut enlever les palais artificiels, débarrasser le nez de ce qu'il peut contenir d'anormal. La première condition est facile à remplir, l'autre ne l'est pas autant, mais il est facile de faire précéder cet examen d'un nettoyage du nez. C'est par la paroi nasale du sinus, la partie la plus mince, la plus translucide que se fait plus facilement l'éclairage.

Dans le coryza aigu la muqueuse est gonflée et constitue un obstacle à l'éclairage de Hering ; il suffit de faire moucher et d'em-

ployer la cocaïne. La persistance de l'obscurité après guérison peut tenir à un épaississement de la muqueuse du sinus.

Escat, de Toulouse, a suggéré une lampe de contact pour éclairage rétro-maxillaire. Théoriquement, ce procédé doit donner des résultats plus positifs au sujet de la perméabilité du sinus maxillaire que la lampe de Hering ; la difficulté éprouvée avec cette lampe a été d'obtenir sous un petit volume un éclairage suffisant, sans développer trop de colorique. Les essais que j'ai tentés à ce sujet sont restés infructueux par rapport à cela, mais je n'ai aucun doute que le procédé d'Escat est un complément très utile au procédé de Hering. Le seul reproche qu'on peut lui faire, c'est qu'il est d'une application un peu difficile et que la manœuvre d'application peut être pénible au patient si elle n'est pas faite avec précaution. La lampe d'Escat pourrait peut-être être remplacée par deux tiges de verre solide, fixées à angle droit, dont l'une des extrémités est reliée à un foyer lumineux, l'inconvénient de la chaleur est ainsi évité mais l'éclairage ne serait peut-être pas suffisant. Ce qui me fait croire qu'il en serait ainsi, c'est que j'ai essayé ce procédé pour éclairer le sinus frontal, et avec un tube beaucoup plus court que celui qui servirait à éclairer la fosse rétro-maxillaire, je n'ai pas obtenu un éclairage assez intense pour être utilisé avec profit.

J'ajouterai que l'éclairage de Hering, en éliminant les causes d'erreur, de fausse interprétation, m'a rarement fait défaut et je considère cet élément de diagnostic comme précieux et devant être employé dans tout examen sérieux des sinus. Les renseignements qu'il fournit joints aux autres symptômes observés constituent, lorsqu'ils concordent ensemble, une preuve presque certaine que le sinus est malade.

Quant au traitement employé : l'usage de la cocaïne pour désobstruer l'ouverture du sinus dans le méat moyen, ce n'est pas une découverte ni une application personnelle, pas plus que la position inclinée du malade combinée à l'expiration forcée et à l'inspiration le nez et la bouche fermés. L'ensemble de ces traitements m'a paru rationnel et le résultat a démontré que j'avais raison d'en attendre de bons effets. L'usage de la poire de Politzer, d'après la méthode de Hartmann peut déterminer des complications du côté de l'oreille ; celui de Ziem, de Dantzig qui consiste à introduire un tube derrière le voile du palais et de pousser de l'air à travers ce tube dans le nez, d'arrière en avant, est un procédé d'une application assez désagréable et peu pratique. Le but à obtenir est de vider le sinus et pour y arriver une aspiration convient mieux qu'une compression. L'aspiration

abaisse la pression de l'air dans le sinus et c'est dans cette condition qu'on obtient le plus facilement l'évacuation du liquide contenu dans cette cavité. L'aspiration peut se faire de deux manières que j'ai employée alternativement chez mes patients: aspiration par des efforts d'inspiration la bouche et le nez fermés, aspiration en établissant un courant d'air énergique non pas au-dessus de l'ouverture du sinus, mais bien au-dessous tel qu'il arrive lorsqu'on incline la tête en bas en faisant des efforts d'expiration par une narine ouverte. La pesanteur des sécrétions contenues dans le sinus tend à les déplacer vers l'ouverture située à la partie la plus déclive et l'aspiration que l'on produit à ce moment entraîne le liquide vers le nez.

Dans le cas de sinusite résultant d'une carie dentaire, on peut se demander s'il est absolument nécessaire de joindre à l'extraction des dents malades, la perforation du sinus et des lavages antiseptiques. Je crois cependant qu'il est préférable d'en agir ainsi afin de modifier la muqueuse infectée par des agents appropriés. Cependant l'un de mes cas a guéri rapidement sans cette intervention et j'en ai observé d'autres cas datant de plus longtemps qui ont aussi guéri sans perforation de l'alvéole. En résumé, l'état aigu des sinusites maxillaires guérit promptement sans l'intervention chirurgicale et les patients doivent nous savoir gré de leur épargner les ennuis d'une perforation et de ses suites.

En définitive, puisque j'ai observé douze cas de sinusite aiguë en deux ans exclusivement à mon bureau privé, il est fort à présumer que l'assertion de Sterling est vraie et qu'il en existe beaucoup plus qu'on semble le croire.

Dr THIBIERGE — La Myxœdème, par le Dr THIBIERGE, médecin de l'hôpital de La Pitié. N° 12 de l'*Œuvre Médico-Chirurgical* (Dr Critzman, directeur). 1 brochure gr. in-8° (Masson et Cie, éditeurs)..... 1 fr. 25.

Ce travail, qui débute par un historique détaillé du myxœdème, étudie la symptomatologie, les formes, les complications, le diagnostic de la cachexie primitive, et s'arrête longuement sur la *pathogénie* de ce mal. On sait en effet que les récents travaux de Gley ont mis en évidence l'influence des glandes thyroïdes accessoires, et que Brissaud, se servant de ces données physiologiques, essaie de jeter une nouvelle lumière sur la genèse du crétinisme et de la dégénérescence goitreuse. M. Thibierge reprend dans sa monographie toutes ces nouvelles idées, les fond en un seul tout, pour livrer au public médical l'état actuel d'une des manifestations les plus curieuses de la pathologie de la glande thyroïde. Le rôle thérapeutique de cette dernière glande est examiné avec un esprit critique des plus remarquables.

COMITÉ D'ÉTUDES MÉDICALES.

Séance du 12 Janvier 1899.

Présidence de M. Jeannotte.

ANKYLOSE OSSEUSE DU COUDE.

M. MARIEN.

(Cette communication sera publiée dans le rapport de la séance suivante).

M. MIGNAULT.—Je remarque sur ces os plusieurs particularités. Ainsi, le col anatomique de l'humérus est beaucoup plus long qu'à l'ordinaire, et la gouttière de torsion est très prononcée, telle qu'on la voit généralement chez l'homme. Il peut se faire que le fonctionnement anormal des bras, par suite de l'ankylose, ait provoqué ces anomalies; et ceci me donne à penser que les lésions pourraient bien être congénitales. Il me semble qu'une inflammation, si grave qu'elle ait pu être, n'aurait pas détruit aussi complètement l'articulation, du moins aurait laissé quelques traces.

SUR UN CAS DE DIPHTÉRIE.

M. GAUTHIER.

Le 20 déc. 1898, j'étais demandé à quelque distance de Montréal pour donner mes soins à une jeune fille de 18 ans. qui était malade depuis six jours. Je m'y rends à 4 h P. M. et je trouve ma nouvelle patiente dans l'état suivant.

Histoire de famille, père et mère vivants, en très bonne santé; frères et sœurs au nombre de 16; quatre morts en bas âge et douze vivants et en parfaite santé—*vraie famille canadienne*.

Histoire personnelle.—*N'a jamais été malade*, d'après ce qu'elle me dit. avant six jours. Se sent mal à l'aise depuis cette date, frissonneuse, pas d'appétit, léger mal de tête, un peu de constipation, mauvais sommeil, rêvasserie, un peu de sensibilité à la gorge, pas de gonflement ganglionnaire. Sa mère, qui est présente, me dit qu'elle est malade depuis que l'enfant de sa sœur est mort de diphtérie. Par dévouement, elle est venue donner ses soins à son petit neveu et soulager sa pauvre sœur, sans en connaître bien entendu le moindre danger. *Jusque là j'avais pensé à la fièvre typhoïde*, mais les renseignements que me donne la mère, éveillent mes soupçons et me font examiner la gorge—j'y trouve une petite et légère membrane blanchâtre sur l'amygdale gauche, à peine grande comme l'ongle du

petit doigt, pas d'odeur, pas d'écoulement nasal, très peu de douleur pendant la déglutition, pas de toux. Pas d'enrouement. Langue blanche pas tremblottante, ganglions pas gonflés.

Température	103½
Pouls.....	102

J'examine l'abdomen, pas de tympanite, pas de gargouillement, pas d'hypertrophie de la rate. Cœur et poumons normaux. J'avais sur moi quelques pastilles de bichlorure et je donne un gargarisme au 4000 toutes les 2 heures, avec recommandation de n'en pas avaler.

Je revois ma malade le lendemain à 9½ hrs.

J'examine la gorge, la membrane s'est agrandie du côté de la *luette*, n'a pas épaissi ni changé de couleur, ganglions en même état que la veille, toux légère, pas d'odeur, pas d'écoulement nasal.

Température.....	103½
Pouls.....	100

Je donne : sérum Mulford 1000 unités et fais continuer le gargarisme au bichlorure.

Soir à 5 hrs : Malade dans le même état.

Température.....	103½
Pouls.....	102

Je prescris :

Tr. ferri mur., gtts X.

Quin. sulf., grs X.

Chlor. Pot., grs X.

Glycerine, 1 drachme.

Dose : toutes les 2 heures.

Le 22, matin à 9 h, la mère me dit que sa fille a passé une mauvaise nuit depuis 11 heures P.M., qu'elle a beaucoup toussé, mais qu'elle est bien mieux et qu'elle a passé un long morceau qui ressemble à une *trippe* ; je lui demande de me laisser voir cette *trippe*, je lui avais dit de conserver tout ce qu'elle cracherait. Elle me montre une fausse membrane longue de 7 à 8 pouces, large d'un pouce, et après examen, je constate que c'est un tuyau aplati, épais d'au moins une ligne—je le lui fais jeter dans le poêle.

Examen de la gorge, même état, *membrane* n'a pas agrandi ni diminué, ganglions pas hypertrophiés. Toux a cessé depuis que la patiente a expectoré cette membrane, voix éteinte, pas d'écoulement nasal, pas d'œdème, jusque là je comptais bien ma malade guérie.

Température.....	104
Pouls.....	108

J'étais embêté, je ne savais pas à quoi attribuer cette augmentation

de température et cette grande rapidité du pouls. Rien du côté du poumon ni du cœur. Cependant la malade a peu uriné, et les urines sont foncées. Je demande à la mère de mettre un peu d'urine dans une bouteille que je veux les examiner. Je fais continuer la tr. de fer, la quinine, le chlorate de potasse et je fais cesser le gargarisme au bi-chlorure que je remplace par le gargarisme au jus de citron. Rendu chez moi j'examine les urines.

Densité, 1026.

Albumine, nul.

Sucre, nul.

Soir, à 5 heures, légère toux, gorge même état. *Membrane* n'a pas diminué ni augmenté

Température.....	104½
Pouls.....	110

Je donne une autre injection de sérum Mulford, 1000 unités, je fais continuer fer et quinine, *eau et brandy, lait*, thé de bœuf, mais la malade refuse toute nourriture.

23. Malade a bien reposé jusqu'à 1 h. a. m., lorsqu'elle a été prise de vomissements et qu'elle a vomi une membrane aussi longue, aussi large, mais pas aussi épaisse que la première. Je fais mettre cette membrane dans un flacon de cornichon et je l'emporte à mon bureau.

Malade ne tousse pas, la membrane de la gorge s'étend et couvre toute la luette très légèrement. Pas d'œdème, pas d'hypertrophie des ganglions. Cette fois, je me dis la température doit être normale ainsi que le pouls. Imaginez-vous que la

Température est à.....	103
Et le pouls à.....	120

Pas de toux, rien du côté du poumon ni du cœur.

Je continue les mêmes remèdes, je conseille à ma patiente de se forcer pour prendre de la nourriture, car la mère me dit qu'elle refuse toute nourriture. Lait, bouillon, thé de bœuf, soupe légère, eau et brandy.

Le soir, à 5 heures, on me fait demander en me disant que ma malade est plus mal.

Température.....	104
Pouls.....	120

Toux rauque et fréquente, gorge, même état.

Quoi faire ?

Je fais une autre injection de sérum Mulford 100 et continue le même traitement.

24. A 10½ avant midi.

Ma malade a toussé toute la nuit et a expectoré une 3me membrane à 11 h. a. m. plus courte, plus mince et moins épaisse que les deux autres.

Gorge, membrane entouré d'un liséré inflammatoire et de couleur grisâtre.

Température.....	100
Pouls.....	90

Voix basse, pas de toux.
Soir à 9-heures.

Température.....	99
Pouls.....	85

Gorge, membranes commencent à se détacher et brunissent.

Gargarisme au jus de citron. Teinture de fer, sirop de Fellow.

Les membranes sur l'amygdale ne disparaissent que le 26 et laissent une ulcération qui ne guérit que 5 à 6 jours après.

Je conclus d'après l'exposé que je viens de faire que cette patiente serait certainement morte si je n'avais pas injecté le sérum trois fois.

Discussion.

M. MIGNAULT.—L'absence d'examen bactériologique permet de contester le diagnostic, et M. Gauthier a peut-être eu affaire à une simple angine couenneuse.

M. BENOIT.—Au point de vue clinique seul, l'envahissement de la luette par la fausse membrane doit faire penser à la diphtérie. L'angine couenneuse, l'amygdalite lacunaire, etc., n'envahissent pas la luette. Mais je pense, avec M. le professeur Mignault, que l'examen bactériologique seul aurait fourni une preuve indiscutable. Néanmoins, je crois ici à un cas de diphtérie simple, sans associations microbiennes, et qui a guéri parce que l'âge et l'état antérieur de la jeune fille lui donnait plus de résistance qu'à un enfant. Car je suis persuadé que le sérum injecté par M. Gauthier n'a produit aucun effet sur la malade.

M. BOULET.—Il n'y avait pas d'odeur, ni d'envahissement des ganglions. Les membranes enlevées laissaient une ulcération, ce qui n'arrive pas dans la diphtérie. Le sérum a peu agi; le larynx a été rapidement envahi. Pour toutes ces raisons, je crois à une laryngite à streptocoques. Le gargarisme au sublimé a bien pu éroder la luette et y permettre l'implantation des membranes, et l'on peut rencontrer des membranes sur la luette sans diphtérie. Chez un néphrétique ayant une angine membraneuse localisée aux amygdales, la scarification du pharynx fut suivie de l'apparition de fausses membranes.

M. GAUTHIER.—Je persiste à croire à de la diphtérie. On a déjà vu de la diphtérie se compliquer de croup. Par conséquent, les cas légers sans ganglions ne doivent pas faire nier la diphtérie. L'odeur n'est pas constante, et le gargarisme dans ce cas-ci a bien pu l'empêcher. Il y avait déjà eu de la diphtérie dans la famille, quelques jours auparavant, et l'enfant en était mort. On ne meurt pas d'an-

gine couenneuse, et surtout une angine couenneuse ne s'expectore pas. Chez ma malade, la diphtérie s'est propagée au larynx avant que le sérum ait eu le temps d'agir, mais les membranes se sont ensuite détachées.

INVAGINATION INTESTINALE.

M. ASSELIN.

M. Asselin rapporte l'histoire d'un malade entré à l'Hôtel-Dieu, le 6 janvier au soir, se plaignant de maux de tête accompagnés de frissons. L'interne lui donne 8 grains de calomel et 4 grains de scammonée, et le malade est mieux le lendemain. On pense à de la grippe. Dans la nuit cependant, le malade tombe dans le coma. Le cathétérisme de la vessie évacue 1000 grammes d'urine. Dans la journée, perte du réflexe pupillaire, respiration stertoreuse, pouls faible, insensibilité complète; mort à 12.30 heures.

Autopsie.—La vessie est pleine, l'appendice normal. Les poumons sont adhérents et diminués de volume. Emphysème au lobe supérieur. Cœur normal. Foie gros, pesant $3\frac{1}{2}$ livres. Ratescléreuse. Reins pesant 240 grammes, ayant une écorce mince et sclérosée au sommet des pyramides de Malpighi.

Le petit intestin, sur toute sa longueur, offre douze intussusceptions.

M. Asselin discute les diverses théories émises au sujet de l'intussusception, et se prononce ici, à cause du nombre et du peu d'adhérence des lésions, en faveur d'une intussusception agonique. Il rappelle que la chose se produit souvent chez les bébés.

Discussion.

M. MARIEN.—Cette question ne me semble pas très claire. Si c'était une lésion agonique, on la rencontrerait bien plus fréquemment. Elle est rare au contraire. A l'autopsie de ce malade, on a trouvé tous les intestins massés dans un coin de l'abdomen, et le grand épiploon hyperhémé et sclérosé. Dans les cas de ce genre, l'hypothermie, la petitesse du pouls, la lypothymie, le facies caractéristique indiquent un processus quelconque. Dans un cas semblable rapporté dans le *Bulletin de la Société Anatomique*, on trouva deux ulcérations tuberculeuses de l'intestin, Je crois à une inflammation de l'intestin comme cause déterminante de ces accidents.

M. MERRILL.—J'ai vu le malade la veille de sa mort. Il paraissait suffoquer, bien que les poumons fussent indemnes, et se plaignait de douleurs dans les intestins. Le calomel n'avait pas agi.

M. MIGNAULT.—L'intestin est contrôlé par des plexus nerveux fournis par le grand sympathique et le pneumogastrique. De même que les émotions augmentent le péristaltisme intestinal, les grandes perturbations peuvent agir sur les parois intestinales par action réflexe. L'urémie, agissant sur les centres nerveux, pourrait bien troubler le péristaltisme intestinal peu avant la mort. Dans ce cas-

ci, si l'invagination avait duré plusieurs heures, il y aurait eu accolement des séreuses.

M. GAUTHIER. - Je partage l'avis de M. le professeur Mignault. Nous avons ici de la dyspnée urémique suivie de coma, l'intoxication amenant des convulsions partielles localisées à l'intestin.

M. MARIEN.—Il est possible que l'urémie ait été le point de départ. Je ferai seulement remarquer que les invaginations peuvent durer longtemps sans qu'il y ait adhérence. La surface péritonéale, lorsqu'elle n'est pas avivée, ne s'accole pas. On a vu, dans l'invagination, des bouts invaginés s'éliminer sans qu'il y eut obstruction intestinale, ce qui prouve la longueur de la durée de l'invagination. Dans les pièces que nous présente M. Asselin, la paroi intestinale paraît lésée.

M. ASSELIN.—Il est probable en effet que l'invagination, dans ce cas-ci, n'a pas été agonique simplement. Chez les enfants, il y a généralement comme cause prédisposante la gastro-entérite ou l'entéro-colite.

M. VALIN.—On a parlé tout à l'heure d'intoxication des centres nerveux. Il faudrait donc qu'il y eut, dans l'urémie, un poison convulsivant. Alors pourquoi agirait-il sur l'intestin seul ?

M. MIGNAULT.—Une intoxication est souvent capricieuse dans ses effets. Il n'est pas rare de rencontrer des névralgies localisées, ou des spasmes d'un seul groupe musculaire. Il s'agit d'une sélection dont le motif nous échappe.

M. MARIEN.—Cette sélection serait d'autant plus étrange que le sang urémique parcourt tout l'économie. Je suis curieux de savoir ce que le microscope nous dira de l'état de la muqueuse intestinale.

M. GAUTHIER.—Puisque l'on est en train de faire des hypothèses, pourquoi le calomel n'aurait-il pas éliminé de l'urée par l'intestin, et produit une diarrhée urémique ? La paroi intestinale paraît lésée, en effet ; elle est gonflée, hyperhémée. Cela peut être dû à l'invagination.

Séance du 19 Janvier 1899.

Présidence de M. de Lotbinière Harwood.

Présentation de malade.

NOTES SUR DEUX CAS D'ANKYLOSE OSSEUSE DU COUDE.

M. Marien rappelle la communication faite par lui à la dernière séance et présente une malade qui est examinée par les membres du Comité.

M. MARIEN.

Messieurs,

Le hasard vient de me fournir l'occasion d'observer presque en même temps deux cas assez curieux d'ankyloses osseuses bilatérales du coude et je suis bien aise de vous les communiquer.

Le premier de ces cas, dont je vous présente les pièces anatomiques, est une trouvaille faite à la salle de dissection.

Comme vous le voyez, ces pièces, qui ont été très bien préparées par l'un de mes aides, M. Gravel, E. E. M., nous permettent de bien nous rendre compte du degré et de la variété d'ankylose à laquelle nous avons affaire.

Il s'agit bien en effet d'une soudure osseuse très solide des deux articulations du coude.

Les trois extrémités des os de l'article semblent avoir été fusionnées entre elles comme le seraient trois morceaux de fer soudés entre eux, après avoir été chauffés au rouge et battus par le marteau du forgeron.

Ce qui rend cette comparaison encore plus vraisemblable, c'est que l'articulation, au lieu de présenter un diamètre transversal quatre ou cinq fois plus grand que son diamètre antéro-postérieur est plutôt aplatie en taillant de hache et n'offre plus qu'un diamètre inférieur à celui du corps de l'humérus.

Tout vestige de tubérosité osseuse et de surface articulaire est disparu.

Du côté des os de l'avant-bras surtout, l'anomalie semble encore plus bizarre. L'olécrane paraît n'avoir jamais existé, l'extrémité du cubitus se termine en pointe effilée qui est intimement soudée sur la face interne du radius.

La tête du radius qui est déformée et méconnaissable se continue directement et fait corps avec l'extrémité inférieure de l'humérus. À part cela, le corps et les autres extrémités sont normalement constitués.

Les parties molles péri-articulaires sont en partie transformées en tissus scléreux et fibreux et les insertions musculaires sont totalement modifiées.

La peau était un peu rétractée, mais ne présentait pas de traces de suppuration.

Des deux côtés également et au même degré l'avant-bras forme avec le bras un angle très obtus; le membre est ainsi fixé en demi-supination.

Notre esprit se trouve en face de l'inconnu et nous réduit à faire des hypothèses, si nous demandons comment, à quelle époque et sous l'influence de quel processus s'est constitué cette ankylose. Car à notre grand regret, il nous a été impossible de nous procurer l'histoire clinique du cas, malgré les recherches les plus minutieuses.

Nous n'avons pas pu avoir le moindre renseignement, tant sur les antécédents pathologiques de la disséquée que sur la date du début de la maladie.

Pas de cicatrices, pas de traces anciennes de suppurations.

Tout le reste du squelette, à part ces deux lésions du coude, était normalement développé et n'offrait pas d'autres traces d'inflammation.

Le sujet porteur de ces pièces était une femme de moyenne taille, âgée d'environ quarante ans.

Je crois, Messieurs, que nous devons tout d'abord nous deman-

der si nous avons affaire à une maladie congénitale, étant donné d'une part le peu de difformité du membre, la symétrie de l'infirmité et d'autre part l'absence absolue de toute trace de suppuration sur les parties molles et en particulier sur la peau; de plus les anomalies de l'extrémité radiale, qui fait corps avec l'humérus, et de l'extrémité cubitale, qui est soudée à la face interne du radius, sont aussi favorables à cette hypothèse.

En second lieu, n'est-il pas bien légitime et bien rationnel de penser que nous pouvons avoir affaire à cette variété bizarre d'ostéo-arthrite chronique plastique ankylosante, avec atrophie des membres, telle que décrite par les auteurs.

Enfin, l'absence de toute cicatrice cutanée et de toute difformité du coude nous permettent d'éliminer sans hésitation la possibilité d'une ankylose survenue à la suite d'une ostéo-arthrite soit tuberculeuse, bleunorrhagique, syphilitique ou rhumatismale.

L'autre cas que j'ai l'avantage de vous présenter en même temps est bien de nature, je crois, à jeter quelque lumière sur les points obscurs de ma première communication. La ressemblance remarquable et l'identité presque absolue des deux affections nous permettent de faire quelques rapprochements entre les deux cas quant à l'étiologie et au mécanisme de la maladie.

Comme vous le voyez, c'est une jeune fille de dix-sept ans, affligée, depuis l'âge de quatre ans, de la même infirmité que celle que nous venons d'étudier.

Ses deux bras sont ankylosés dans une position exactement semblable à celle des pièces que je fais circuler parmi vous.

En l'interrogeant, nous apprenons qu'à l'âge de quatre ans, à la suite de la variole, elle a présenté des symptômes d'ostéo-arthrite suppurée. Ses articulations sont devenues très gonflées et très douloureuses; et après une longue suppuration, ses deux membres se sont trouvés ankylosés dans la position que nous constatons aujourd'hui.

Comme dans l'autre cas, les articulations ne sont pas déformées; le gonflement est disparu pour faire place plutôt à une diminution de volume et à de l'atrophie des parties molles, qui sont rétractées, scléreuses et semblent collées sur les os. En résumé, l'on retrouve tous les mêmes caractères que sur l'autre malade, excepté cependant au niveau de la peau, sur laquelle on reconnaît facilement des traces de suppuration.

Le squelette, autant qu'il est possible de s'en rendre compte par la palpation, présente à peu près la même physionomie anatomique. Le lieu d'élection et la symétrie de cette infirmité sont les mêmes dans les deux cas.

Je conclus de ces faits, que, à part l'hypothèse très légitime que l'on est en droit de faire dans le premier cas, à savoir qu'il s'agit d'une affection congénitale, l'ankylose osseuse dans les deux cas est le résultat d'un processus inflammatoire; dans l'un, le premier, l'arthrite a été chronique d'emblée et sans suppuration, et dans l'autre l'ankylose s'est produite à la suite d'une ostéo-arthrite suppurée.

*Rapport de cas.***MOLE HYDATIDE AVEC ASCITE.**

M. BENOIT.

Je présente cette observation à la demande du secrétaire, et dans le seul but de remplir le programme de cette séance, raccourci par l'ajournement d'une discussion. Je n'ai par devers moi ni l'observation détaillée, ni la pièce pathologique ; mais, offerte telle qu'elle est, elle présente cependant un certain intérêt, si l'on veut bien la rapprocher des observations rapportées antérieurement à ce Comité par le Dr de Cotret. Cette observation verbale sera courte.

Il s'agit d'une femme entrée à l'hôpital Notre-Dame au mois d'octobre dernier, et chez laquelle on diagnostiqua une ascite qui fut ponctionnée deux fois pendant les trois mois qui s'écoulèrent d'octobre à la fin de décembre.

Je vis la malade pour la première fois au commencement du mois, lors de mon entrée dans le service comme assistant de M. le Dr Rottot. L'interne, le Dr Deschambault et moi, nous fîmes une observation plus détaillée de la malade, qui nous apprit que cette femme avait toujours été, depuis son mariage, souffrante et faible, mais que cependant ses accouchements (6 ou sept, je crois) avaient été normaux. Devenue de nouveau enceinte au mois de juin dernier, le ventre n'a pas développé plus vite que de coutume, mais elle s'est remise à perdre durant l'été, et a toujours eu depuis des hémorrhagies utérines fréquentes.

L'examen de la malade nous montra en effet, un abdomen distendu par de l'ascite (flot à la percussion). Mais nous pûmes constater en même temps que le foie n'était pas hypertrophié et que le cœur ne donnait aucun bruit de souffle. L'examen du petit bassin était rendu impossible par la distension de l'abdomen.

Nous attribuâmes à l'ascite une origine pelvienne, et nous pensâmes, à cause des hémorrhagies, au développement d'un fibrome. Il fut décidé que nous aurions le lendemain une consultation avec le Dr Brennan, chef du service de gynécologie.

Le soir, la malade est prise de douleurs dans l'abdomen qui augmentent durant la nuit, et le lendemain matin, vers les sept heures, la garde-malade que nous avons dans la salle des femmes délivre la malade d'une môle hydatide constituée par un placenta offrant les dégénérescences vésiculaires en grappes caractéristiques de la lésion. Aucune trace de fœtus.

A dix heures, le Dr Brennan pratique un curettage de l'utérus qui ramène des débris placentaires, et la malade passe dans le service de gynécologie. On lui fait des pansements utérins, et à part une légère poussée de fièvre vers la 4ème ou 5ème journée, elle relève très bien.

Elle est revenue hier dans le service de médecine, et nous avons trouvé, à l'examen de l'abdomen, que l'ascite est complètement disparue, et que les organes abdominaux paraissent normaux. L'analyse de l'urine est négative. La malade doit recevoir son congé.

La malade a promis de se tenir en correspondance avec le Dr Brennan, qui désire s'assurer si les théories modernes sont exactes qui prétendent qu'un utérus dans lequel s'est déjà produit de la dégénérescence hydatide du placenta et des membranes est fortement exposé à une éclosion plus ou moins tardive de néoplasmes, en particulier le déciduome malin.

HÉMOSTASE PAR LE SÉRUM GÉLATINISÉ.

M. LESAGE.

Depuis les communications de Messieurs Dastre et Floresco sur les propriétés coagulantes de la gélatine, des observations nombreuses sont venues confirmer ce fait important.

M. Lancereaux fut un des premiers à appliquer à la clinique hospitalière l'enseignement de la physiologie expérimentale, en essayant de guérir les anévrysmes de l'aorte par les injections sous-cutanées du sérum gélatinisé. La première observation fut un succès presque complet.

Plus tard, Paul Carnot essayant la gélatine dans les hémorragies locales (métrorrhagies, épistaxis, amputations), publiait des observations encourageantes par les résultats merveilleux qu'il avait obtenus.

Dans le même ordre de faits, nous avons eu l'avantage de rencontrer au cours de la pratique journalière des cas singulièrement favorables à l'application de ce traitement simple et commode.

La première observation date de sept mois.

Il s'agit d'une jeune femme de 35 ans, qui vint un jour nous consulter pour une épistaxis à répétition qui l'affaiblissait considérablement. Son histoire, tant héréditaire que personnelle, n'était pas entachée d'aucune trace, si ce n'est de *naïves extravagances* sous prétexte de dévouement dans l'intérêt du foyer domestique, et un frère rachitique mort de tuberculose pulmonaire à l'âge de 21 ans. Aucune maladie antérieure à part un abcès remontant à plusieurs années et qui inquiéta le médecin d'alors par sa durée. En l'interrogeant on apprend qu'elle est sujette à la diarrhée; mais une diarrhée accompagnée de douleurs quelque fois vives avec des selles striées de sang plutôt noir, apparaissant tout à coup, à propos de rien et pouvant atteindre le chiffre de *sept à huit par jour*: puis tout disparaît sans aucun traitement ni régime particulier, et madame reprend son train de vie habituel, payant beaucoup de sa personne aux avant-postes des nombreuses réunions "du monde où l'on s'amuse."

Un examen plus minutieux nous permit de noter des métrorrhagies et des ménorrhagies abondantes et presque continuelles, si bien, qu'elle avait à peu près oublié la date habituelle de ses menstrues. C'était donc une saignée presque ininterrompue, et il est bien sûr que la quantité de sang perdu nous eut effrayé, s'il eut été possible de la chiffrer justement.

L'examen du sang à l'hémoglobinomètre nous donna 25 0/0 de 80 à 90 0/0, chiffre normal ; et le nombre des globules rouges, du chiffre moyen de trois à quatre millions, était descendu à *un million deux cents mille* à l'hématimètre de Malassez. Femme plutôt blonde, à profil fin, elle avait plutôt l'apparence d'une statue de cire ou d'albâtre. Nous jugeâmes la position très critique en raison de l'anémie pernicieuse possible, si cet état pathologique se prolongeait. Nous ordonnons le lit d'urgence et nous décidons d'intervenir par la gélatine en injections sous-cutanées, vaginales et rectales.

Nous préparons, nous-mêmes, une solution de sérum gélatiné comme suit :

Eau.....	1000	grammes
Clorure de sodium.....	7	—
Gélatine.....	50	—

soit une proportion de 5 0/0, et nous portons à l'autoclave à 100° pour la stérilisation.

Au troisième jour, avec la seringue de Roux, nous injectons 40 cc., lentement, en une seule séance, dans le tissu cellulaire de la peau du ventre ; nous malaxons la partie afin de hâter l'absorption et nous terminons par l'application d'eau chaude abdominale.

Durant la nuit qui suivit, on nous fait appeler ; notre malade avait eu d'abord, de la douleur assez vive à l'endroit injecté, puis, un frisson assez intense ; à notre arrivée, elle était sous le coup d'une transpiration abondante. L'examen ne révéla rien de particulier, si ce n'est un empâtement assez considérable au point injecté.

Le lendemain, le facies était très bon, la douleur disparaissait lentement, aucun trouble particulier de nature à aggraver de quelque façon la situation que vous connaissez. Nous pratiquâmes une deuxième injection de 20 cc., dix jours après au même endroit, mais du côté opposé et la réaction fut à peu près nulle, mais la même douleur se montra aussi persistante que la première fois. Notre malade se leva deux jours après et put vaquer à ses occupations dans les quinze jours qui suivirent. En même temps elle fut soumise à un traitement mixte par le fer, la strychnine et l'arsenic.

Le mois qui suivit fut remarquablement différent des précédents. Je dois ajouter que, à quatre reprises différentes, nous avons conseillé des injections rectales et des injections vaginales avec une simple solution de gélatine dans de l'eau bouillie avec addition de sel de cuisine.

Bref, l'épistaxis fut supprimée, les menstrues apparurent à l'époque fixée pour ne durer que *trois jours à peine* ; tout rentre dans l'ordre, et l'apparence extérieure change à tel point que nous nous crûmes justifiable de croire à la guérison de cette hémophilique. De fait, tout s'améliora au point que deux mois après, l'examen du sang nous donna le résultat suivant :

Globules rouges, 2,800,000.

Hémoglobine, 60 0/0.

Depuis ce temps, le mieux n'a fait qu'augmenter, si bien, que

cette dame est aujourd'hui en parfait état, et toute prête pour de nouveaux combats!.....

A cette observation, j'ajouterai les trois suivantes. La première tient d'une fillette de douze ans qui avait des épistaxis abondantes durant ses classes et durant ses jeux. Elle saignait souvent et abondamment. La mère, inquiète, nous avait parlé de la chose, et nous lui avions conseillé de nous faire appeler à la prochaine occasion. De fait, le lendemain nous nous rendîmes auprès de la jeune fille sur laquelle nous pratiquons un tamponnement nasal, sans compression, avec un morceau de coton hydrophile imbibé d'une solution de gélatine à 10 0/10 et à une température de 37° à peu près; l'hémorrhagie s'arrêta séance tenante pour ne plus reparaitre dans la suite. Un traitement ferrugineux a eu raison de sa chloro-anémie, et, aujourd'hui elle est aussi bien que possible.

Une deuxième a eu des accidents du même genre. C'était chez une jeune femme de 21 ans. Un traitement identique nous donna un succès égal au précédent.

La troisième et dernière se rapporte à un cas d'hémorrhoides saignantes et très douloureuses. Les injections rectales à 5 0/10 répétées deux fois par jour durant cinq jours eurent raison de l'hémorrhagie, et, chose étonnante, presque aussi de la douleur.

Donc, voici quatre observations où la gélatine a exercé une influence salutaire et manifestement supérieure à tout hémostatique employé jusque-là.

Naturellement, nous n'attribuons à la gélatine aucune propriété spéciale autre que celle d'agir, soit sur les tumeurs en général en augmentant le pouvoir coagulant du sang, soit sur les plaies locales en facilitant la formation du caillot dont l'organisation subséquente arrête ou prévient toute hémorrhagie.

Elle n'entre pour rien, du moins aujourd'hui, dans l'augmentation en nombre des globules rouges, ou dans l'élévation du taux de l'hémoglobine.

Ces faits, d'ordre tout spécial, nous ont suggéré les considérations suivantes sur l'hémostatique nouveau-né occupant déjà une place d'honneur sur la thérapeutique appliquée.

A l'heure actuelle, nous divisons en deux groupes physiologiques distincts, les hémostatiques en cours de thérapeutique.

Les premiers, parmi lesquels nous placions l'ergotine, agissent en rétrécissant la lumière du vaisseau et favorisent ainsi la coagulation spontanée par une diminution du champ d'action: ce sont les *vaso-constricteurs*.

Les seconds, parmi lesquels nous citerons le perchlorure de fer, le chlorure de calcium, la gélatine et la gélose, agissent en exagérant, pour ainsi dire, le processus normal que nous connaissons: à savoir, la coagulation spontanée du sang hors des vaisseaux qu'il doit oblitérer; ce sont les *coagulants*.

Aux premiers, on a trouvé de nombreux inconvénients, soit dans leur toxicité, soit dans les tiraillements qu'ils provoquent chez le caillot en formation lorsque le vaisseau reprend son calibre normal, provoquant ainsi une nouvelle hémorrhagie, soit dans l'augmenta-

tion de la pression artérielle, créant ainsi une position défavorable pour d'autres vaisseaux malades, soit enfin dans la vaso-constriction elle-même, facilitant ainsi les chances d'infection d'un organisme déjà affaibli par l'hémorrhagie. (Bouchard). Ces raisons doivent nous engager à limiter leur champ d'action uniquement aux cas spéciaux où, l'hémorrhagie étant inaccessible, l'hémostase locale est impossible. (Landouzy).

Aux seconds, le perchlorure de fer excepté, parce qu'il cause toute espèce de désordres, on reconnaît l'avantage d'aider et d'accélérer un phénomène physiologique déjà commencé, tout en augmentant la vitalité propre des cellules, et de n'entraîner aucune complication en raison de leur nocuité absolue. Pour toutes ces raisons, on a cherché à étendre le champ d'action des coagulants, et à cette fin, on les a étudiés attentivement soit dans leur action locale, soit dans leur action générale.

Comme *action locale*, la gélatine en particulier joue un rôle important dans la formation du caillot; aidée de la fibrine, qui est un élément de premier ordre, elle augmente les propriétés vitales des cellules endothéliales et vaso-formatives, et contribue, pour une large part à l'organisation rapide de la cicatrice. M. Cornil affirme, après des expériences répétées que la gélatine paraît jouer un rôle nutritif important, et que, après hémostase par la gélatine, les cellules endothéliales ont affaire tant à la gélatine introduite qu'à la fibrine du caillot provoqué. Chacun de ces deux corps favorise donc le processus de cicatrisation. (Cornil).

Ce sont les seules données acquises aujourd'hui sur ce point.

Le titre de la solution varie entre 5 et 10 0/0. Stérilisée à 100° en deux fois pendant un quart-d'heure, à deux jours d'intervalle. On conseille de ne pas dépasser la température ci-dessus, car, à 115° on prétend que les solutions perdent parfois leurs propriétés gélifiantes. De plus, comme action locale, on peut ajouter un antiseptique à la solution gélatinée, car s'il est permis d'employer la gélatine liquéfiée ou encore stérilisée sur des plaies aseptiques, il est au contraire absolument *contre-indiqué et même dangereux* de se servir des mêmes solutions sur des plaies septiques; elle agit alors comme milieu très favorable à la culture microbienne et peut produire, par injection de proche en proche, des escars absolument identiques à ceux produits par l'application d'un caustique violent. Dans ce dernier cas, servez-vous de solutions gélatinées auxquelles vous aurez ajouté un antiseptique, et ne les laissez en contact avec la plaie qu'un temps *relativement court*: c'est un point très important et auquel il faudra toujours penser à l'occasion.

Comme action générale, la gélatine a des admirateurs et des détracteurs. Son action est moins connue sur les humeurs en général et toutes les hypothèses ont été émises, chacune d'elles étant apparemment appuyée sur des expériences tant de laboratoire que de clinique.

M. Lancereaux expérimentant sur des lapins, a vu que des injections sous-cutanées de gélatine augmentaient le pouvoir coagulant du sang d'une façon indiscutable. Passant du laboratoire à la clinique,

il a également obtenu un succès dans un cas d'anévrisme de l'aorte ; il était donc en droit de conclure en faveur de la gélatine comme hémostatique puissant. M. Carnot, après de nombreuses expériences a conclu dans le même sens. Mais MM. Slay et Laborde ont attaqué cette méthode en affirmant que, si on avait montré le pouvoir coagulant de la gélatine sur le sang, employée en *injection intra-veineuse*, cette propriété cessait de se manifester si l'injection était faite dans le tissu cellulaire ou dans le péritoine. Dans ce dernier cas la gélatine n'étant pas un corps dialysable, elle ne serait pas absorbée en nature, mais au contraire subirait des transformations multiples—peptonisation ou autre—qui lui enlèveraient son pouvoir coagulant, lequel, d'après eux, réside dans son acidité, et de ce chef elle n'aurait plus aucun effet dans le sens désirable.

On ne peut donc pas, à l'heure actuelle, conclure *ex cathedra* sur la nature intime des transformations qui s'opèrent au sein des tissus gélatinés. Elle donne des résultats, donc il faut l'étudier et au laboratoire et en clinique : mais surtout soyons prudents, lorsqu'il s'agit d'injections sous-cutanées. Les mêmes indications ne se présentent pas toujours identiques et tel malade qui tolérera *bien* une dose de 40 cc. ou même de 60, se trouvera très mal et même sous le coup d'accidents sérieux avec une dose plus élevée. Il faut comme règle générale, établir aussi bien que possible le coefficient de la coagulabilité du sang du malade traité ; on injecte alors la dose nécessaire et l'on prévient ainsi tout danger futur ou immédiat.

À l'heure actuelle, il n'y a pas de règles fixes et bien établies, mais un emploi judicieux rendra des services, et comme tel méritera toute notre attention dans l'avenir.

Comme conclusion, disons :

Comme action locale, la gélatine est un hémostatique puissant. Elle est indiquée dans les cas d'urgence et pour des hémorragies de toute espèce ; elle est contre-indiquée dans les plaies septiques ou susceptibles de le devenir, à moins d'y ajouter un antiseptique et de ne la laisser en contact que pendant un temps *limité*.

Comme action générale : la gélatine a donné des résultats contradictoires, son emploi en injections sous-cutanées doit être réglé et judicieusement appliqué si l'on ne veut provoquer des complications graves.

M, HERVIEUX.—J'ai aussi essayé l'action du sérum gélatiné dans un cas d'hémorragie intestinale au cours de la fièvre typhoïde. J'aurais préféré attendre avant de donner cette communication, afin de la présenter d'une manière complète, mais les observations de M. Lesage m'incitent à en dire quelques mots dès aujourd'hui.

Mon malade habite la campagne ; il est venu, au cours d'une fièvre typhoïde, faire une promenade à Montréal. Il est pris à son retour d'une hémorragie intestinale. Appelé auprès de lui, je prescrivis opium à hautes doses, glace sur l'abdomen et immobilité complète. Cependant, du lundi au vendredi, le malade continue à passer chaque jour, en 4 ou 5 selles, environ un plein vase de sang. Pour compenser cette perte sanguine, j'injecte, le lundi et le mardi une chopine, les autres jours 8 onces de sérum artificiel. Le ven-

dredi, me rappelant l'article du Dr Lancereaux sur l'action coagulante du sérum gélatiné dans le traitement des anévrismes, je me décide à tenter le même traitement chez mon malade ; ayant fait dissoudre 7 grammes de sel de cuisine et 15 grammes de gélatine dans un litre d'eau bouillie, j'en injecte 60 cc. dans le flanc droit, autant le lendemain, et 40 cc. les deux jours suivants. L'hémorrhagie cesse de se produire après la seconde dose et n'est plus apparue depuis, c'est-à-dire depuis le 14 janvier.

Cette observation peut être mise en parallèle avec celles du Dr Lesage. Je la publierai au complet plus tard.

M. DE COTRET.—A la Maternité, j'ai souvent injecté dans les hémorrhagies post-partum le sérum artificiel (1 à 2 cuillerées à thé de sel dans une chopine d'eau bouillie), sans gélatine, et avec un excellent résultat. On a aussi employé le sérum simple dans le traitement des épistaxis et de l'anémie. C'est peut-être aussi le sérum qui a agi dans les observations qu'on vient de nous rapporter. Pour s'assurer du contraire, il faudrait employer la gélatine sans sérum.

M. HERVIEUX.—Je rappellerai que dans mon cas, le sérum artificiel injecté durant la semaine n'a pas arrêté l'hémorrhagie, et que je n'ai eu une action hémostatique qu'en y ajoutant de la gélatine.

M. FOUCHER.—Le point important, dans le traitement des épistaxis, est de s'attaquer à la cause. La cautérisation des vaisseaux à l'électrolyse m'a toujours semblé le meilleur traitement. La gélatine ne peut pas empêcher les récidives, si fréquentes chez certains gens, telles que les masturbateurs.

M. LESAGE.—L'application locale du chlorure de sodium n'est pas hémostatique ; cette action existe pour la gélatine. J'ai employé le sérum pour remplacer le sang perdu, mais je suis convaincu qu'une solution aqueuse de gélatine aurait agi tout aussi bien.

M. DERÔME.—Je n'ai aucune expérience personnelle sur l'emploi de la gélatine, mais j'ai lu une observation où l'on avait employé cette substance en injection vaginale dans le traitement d'une hémorrhagie utérine. L'hémorrhagie cessa, mais il y eut infection, que l'on attribua à la facilité de la culture des microbes sur gélatine.

M. DE GRANDPRÉ.—Beauregard, dans ses monographies sur le lavage du sang, dit expressément que le sérum artificiel a un effet coagulant.

M. HARWOOD.—Dans les cas d'épistaxis cités par M. Lesage, la température de la solution a bien pu avoir son mot à dire.

M. LESAGE.—J'ai appliqué la solution sur tarapon, à 37° C. c'est-à-dire à la température du corps humain.

M. HARWOOD.—Quant au traitement des épistaxis par la cautérisation, cette opération doit être souvent renouvelée, car le vaisseau peut donner consécutivement à plusieurs endroits.

INFLAMMATION AIGUË DE L'ANTRE D'HIGMORE.

M. FOUCHER.

(Voir Travaux originaux, page 144).

M. BOULET.—Je félicite d'autant plus le professeur Foucher de

sa série de cas, que l'inflammation aiguë de l'antré d'Higmore est une maladie que nous avons peu souvent l'occasion d'observer. Il n'y a aucun doute cependant qu'elle est fréquente.

M. FOUCHER.—La chance que j'ai eue provient de ce que mes patients étaient à l'aise, renseignés, et s'observaient de près. J'ajouterai que l'un de ces patients est moi-même. (Obs. I).

ANÉVRYSME DE L'AORTE THORACIQUE AVEC RUPTURE DANS L'ŒSOPHAGE SUIVIE DE MORT.

M. DUBÉ.

Je vous présente, au nom de Monsieur le professeur Guérin, les pièces suivantes que nous avons prises à l'autopsie d'une malade morte peu après son entrée dans la salle Ste-Brigitte de l'Hôtel-Dieu. Cette personne, âgée de 50 ans, d'origine canadienne-française, se plaignait de faiblesse à son entrée dans le service.

Dans le cours de la nuit après son arrivée et le jour suivant, elle cracha ou plutôt vomit un peu de sang, et elle présenta du mœlena. Ce fut au cours d'un vomissement de sang que la mort vint surprendre cette femme avant qu'un diagnostic certain ait été fait. Nous avons pu faire l'autopsie et nous avons été de suite renseignés sur la cause des vomissements et du mœlena. Nous n'avons trouvé rien de particulier du côté des poumons, sauf un peu d'œdème et de congestion. Le foie était d'apparence normale. Les reins plutôt petits et scléreux. Nous avons trouvé un estomac très dilaté, comme rempli par une masse assez dure et à son ouverture nous avons constaté un caillot énorme de formation récente. Rien de particulier du côté du cœur et de la crosse de l'aorte. Mais en explorant l'aorte thoracique nous avons senti une masse assez dure et faisant corps avec ce vaisseau. C'est avec grande difficulté que nous avons pu briser les adhérences de cette masse qui n'était autre qu'un anévrysme à la colonne vertébrale. Du volume d'une grosse orange avec une forme un peu allongée, cet anévrysme était situé à la partie postérieure de l'aorte et s'étendait sur une longueur de 10 centimètres environ, en commençant à 5 centimètres du tronc d'origine de la sous-clavière gauche. Le sac anévrysmal dont la paroi est mince était rempli de caillots fibrineux formant plusieurs couches superposées. Sur la paroi latérale du sac en la région adossée à l'œsophage siégeait une ouverture assez grande faisant communiquer l'anévrysme avec l'œsophage.

En consultant les auteurs nous voyons que ce mode de terminaison de l'anévrysme, c'est-à-dire par rupture, n'est pas des plus fréquent. T. N. Kelynock (*Lancet*, juillet 24, 1897) donne une statistique de 4,593 cas d'anévrysme observés au Royal Infirmary de Manchester, et sur ce nombre il n'y eut que 32 fois rupture, c'est-à-dire 0,69 0/0; dont 30 hommes et 2 femmes, le plus âgé ayant 65 ans et le plus jeune 20 ans seulement.

Sur ce grand nombre d'anévrysme de l'aorte la portion ascendante de la crosse est représentée par 12 cas; la portion transverse par

11; la portion descendante par 4, et l'aorte thoracique par 5. La rupture du sac anévrysmal s'est faite :

13 fois c'est-à-dire	40,62 0/0	dans le péricarde,
7 " " " "	21,87 " "	la plèvre,
3 " " " "	9,37 " "	l'œsophage,
3 " " " "	9,37 " "	à l'extérieur,
2 " " " "	6,25 " "	la trachée,
1 " " " "	3,12 " "	la plèvre droite,
1 " " " "	" " " "	le poumon gauche,
1 " " " "	" " " "	la bronche gauche,
1 " " " "	" " " "	veine cave supérieure;

(Cité dans Sajous *Annual and Analytical Cyclopædia, etc.* Vol. I. page 304).

Charcot, d'après un relevé de 118 cas d'anévrysme, a trouvé 64 fois rupture du sac.

11 fois dans la plèvre gauche,
8 " " " " droite,
6 " " le poumon gauche,
3 " " la trachée,
3 " " la bronche gauche,
1 " " " " droite,
3 " " les deux bronches,
2 " " l'artère pulmonaire,
1 " " l'oreillette droite,
1 " " le tissu cellulaire du médiastin,
3 " " l'œsophage,
1 " " le duodenum,
2 " " le péritoine,
5 " sous le péritoine,
2 " dans le tissu cellulaire sous-cutané,
4 " à l'extérieur.

Si nous avons pu observer cette malade pendant quelque temps aurions-nous fait le diagnostic de la lésion de son aorte? Nous pouvons poser cette question en présence des difficultés que présente le diagnostic de l'anévrysme de l'aorte thoracique. En effet, voici ce que Gibson du Royal Infirmary d'Edimbourg dit dans son récent traité des maladies du cœur et de l'aorte (pages 850 et 851).

“ L'anévrysme de la portion descendante de la crosse de l'aorte est moins caractéristique que l'anévrysme de la crosse. Quand l'anévrysme occupe la portion descendante de la crosse de l'aorte et la partie supérieure de l'aorte thoracique, il peut se produire un changement dans la région précordiale. La pointe peut battre plus à droite à la suite d'un déplacement total du cœur, et Hope a décrit dans ce cas le “double jogging” ou la double impulsion du cœur à la palpation. La percussion permet alors de délimiter plus facilement la matité cardiaque, mais ne révèle que très rarement une autre

matité et l'auscultation ne donne aucun signe capable de mettre sur la piste.

“ En percutant la région postérieure de la poitrine on peut trouver une région mate à gauche de la colonne vertébrale et au niveau des 3, 4, 5 et 6ième vertèbres dorsales. L'auscultation à cet endroit peut quelquefois donner une accentuation du bruit artériel, ou bien encore un bruit de souffle systolique. En comparant entre eux le pouls fémoral et radial, le premier est parfois retardé, mais la chose n'est pas commune. Les veines superficielles du thorax peuvent être dilatées à la suite de la compression des veines azygos. Les malades ont assez souvent l'habitude de se plaindre d'une difficulté d'avaler, et c'est là le symptôme prédominant pour eux.

“ Du côté du poumon gauche les phénomènes suivants peuvent se succéder : immobilisation du côté gauche, vibrations vocales diminuées ainsi que murmure vésiculaire. Ces symptômes sont causés par l'obstruction de la bronche gauche avec affaissement du poumon.

“ Ou bien au contraire, il y aura des vibrations exagérées, matité à la percussion, respiration cavernueuse avec râles humides et haleine fétide, indices de gangrène pulmonaire causée par compression du hile du poumon.

“ Lorsque l'anévrisme siège sur la portion thoracique de l'aorte, près du diaphragme, le diagnostic peut être facilité, parfois par l'existence d'un soulèvement pulsatile de la région épigastrique. La percussion peut permettre alors de délimiter l'anévrisme et l'auscultation révèle ordinairement, ou un bruit unique ou un souffle systolique. Le malade éprouve de la difficulté à avaler. Par suite d'une compression du poumon gauche il peut y avoir de la dyspnée, de la toux avec des crachats sanguinolents ; de la matité avec augmentation des vibrations et râles humides indices de consolidation pulmonaire. Le diagnostic est difficile, ajoute Gibson, parce que les symptômes qui peuvent aider à faire le diagnostic reconnaissent souvent une toute autre cause, telle que tumeur du médiastin, abcès du médiastin, hydropéricardite, empyème pulsatile, etc.

“ L'anévrisme de l'aorte comporte toujours un pronostic grave et en rapport avec le volume de l'anévrisme. Plus l'anévrisme est gros plus il y a de danger de rupture. On peut cependant dire que la durée de l'anévrisme dépend de trois facteurs importants : la condition de la paroi artérielle, l'intégrité des valvules aortiques et la force de contraction ou énergie du muscle cardiaque. Il est évident que l'état de santé générale, l'occupation et l'entourage sont aussi de grands facteurs dans la marche de la maladie. Mais si les artères deviennent scléreuses, rigides, les variations de la pression artérielle sont plus grandes que lorsque les artères sont élastiques et il en découle une dénutrition plus grande. De même la pression artérielle présentera des variations si les valvules aortiques sont insuffisantes, il en découlera alors un arrêt ou au moins un retard dans la coagulation du sang dans le sac anévrysmal et une tendance à sa rupture. Si la force de contraction du cœur est excessive comme le fait existe dans l'hypertrophie du cœur accompagnant l'anévrisme

et une dégénérescence scléreuse des artères, la prédisposition à la rupture sera encore plus grande. D'un autre côté la mort peut survenir par assystolie si le muscle cardiaque faillit à la tâche." (Gibson, page 853).

L'anévrisme de l'aorte peut exister pendant plusieurs années et la mort survenir au cours d'une toute autre affection.

Quand il y a rupture, la mort peut ne survenir qu'après un temps plus ou moins long comme dans le cas que nous avons rapporté ci-dessus. Nous nous rappelons également un malade que nous avons observé dans le service de monsieur le professeur Potain, à la Charité à Paris. Il s'agissait d'un homme d'une trentaine d'années environ, dont l'expectoration était parfois sanguinolente et qui présentait un mauvais état de santé générale. Le professeur Potain songea à la tuberculose sans jamais pouvoir rien affirmer, lorsque le malade eut une hémorrhagie pulmonaire abondante qui le foudroya au moment où il quittait le cabinet pour gagner son lit. A l'autopsie, monsieur le docteur Pierre Tessier, alors Chef de Clinique, trouva un anévrisme de l'aorte thoracique avec rupture dans une des bronches. Il y a quelques mois, nous avons fait à l'Hôtel-Dieu, l'autopsie d'un individu mort subitement, avec hémorrhagie pulmonaire, au moment où, assis sur un banc dans le corridor d'entrée, il attendait à être admis dans un des services. Nous avons trouvé un anévrisme de la crosse de l'aorte rupturé dans le poumon et la bronche gauche.

Nous ne dirons rien des modes de traitement préconisés contre l'anévrisme, nous mentionnerons cependant les injections de sérum gélatiné pratiquées par Lancereaux avec quelques succès dont il faut tenir compte.

Nous terminerons en donnant les explications fournies par les auteurs sur l'usure des os comprimés par les anévrismes. Le malade dont l'histoire et l'autopsie ont fait le sujet de cette communication présentait une usure considérable des corps vertébraux au niveau de l'anévrisme, qui était fortement adhérent à la colonne vertébrale. En examinant la pièce osseuse que nous avons conservée, il est facile de constater la persistance des disques intervertébraux, tandis que les corps vertébraux sont profondément usés.

"W. Oettinger dit que la compression seule ne suffit pas, il faut plus pour expliquer l'ostéite raréfiante qui précède la destruction osseuse. Les tissus résistent de façons très différentes. Les os cèdent facilement. Les tissus fibreux ou cartilagineux résistent beaucoup plus longtemps, et c'est la règle de voir les disques intervertébraux rester intacts quand les corps vertébraux sont usés. La pathogénie de ces diverses altérations nous est en réalité encore inconnue." (Traité de Médecine Bouchard, Brissaud, tome V, page 474.)

Dr ROQUE.—Les Glycosuries non diabétiques, par le Dr ROQUE, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, Médecin des Hôpitaux de Lyon. Un vol. in-16 carré de 100 pages, cart. 1 fr. 50. Librairie J.-E. Baillière et fils 19, rue Hautefeuille (près du boulevard Saint-Germain), à Paris.

REVUE DES JOURNAUX

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

SUR LA CONDUITE A TENIR DANS L'ACCOUCHEMENT GÉMELLAIRE

Par M. le Dr MAYGRIER.

M. le Dr Maygrier a traité longuement cette question dans une leçon faite à la Clinique Tarnier et publiée par l'*Obstétrique*. Nous en reproduisons un fragment particulièrement intéressant au point de vue pratique ; il s'agit de la conduite à tenir après la naissance du premier enfant.

—Le premier enfant est né ; on place la main sur le fond de l'utérus pour s'assurer qu'il se rétracte bien ; puis on pratique immédiatement la section entre deux ligatures. La double ligature du cordon s'impose à cause de la possibilité d'une communication entre les circulations des deux fœtus, comme cela a lieu dans la grossesse gémellaire univitelline. Dans ce cas, l'absence de ligature du bout placentaire du cordon entraînerait fatalement une hémorrhagie du second enfant et sa mort.

En ce qui concerne le sexe des jumeaux, je vous rappelle ici, en passant, que, dans les grossesses univitellines, les enfants sont toujours du même sexe, tandis que, dans les bivitellines, ils sont ou du même sexe ou de sexes différent. Du reste, d'une façon générale, les fœtus sont de même sexe dans un tiers des cas environ, tandis qu'ils sont de sexe différent dans les deux tiers des cas, avec proportion égale de garçons et de filles.

Une petite précaution, qui n'est pas sans importance au point de vue légal, consiste à marquer le premier enfant qui vient de naître d'un signe quelconque, afin de pouvoir le reconnaître, car, contrairement à une opinion assez répandue dans le public, c'est bien le premier jumeau qui naît qui est l'aîné.

Le premier accouchement terminé, que va-t-il se passer ? Habituellement, un certain intervalle de temps s'écoule, 15 à 20 minutes environ, au bout duquel les contractions utérines réapparaissent et le deuxième accouchement sa fait à son tour, généralement avec rapidité et très facilement.

Mais il n'en est pas toujours ainsi et diverses éventualités peuvent se présenter. L'utérus reste en repos et ne se contracte plus. Dans quelques cas même, il peut se faire que les placentas étant complètement séparés, le premier se détache et qu'une première délivrance ait lieu ; puis tout rentre dans l'ordre. On a pu voir ainsi

des femmes conserver, un ou plusieurs jours, leur second jumeau avant qu'il soit expulsé.

Que convient-il de faire en pareil cas ? L'avis unanime des accoucheurs est de ne pas attendre que le col se referme, et d'éviter à la femme l'ennui et la fatigue d'un nouveau travail ; aussi, lorsque le second accouchement ne se fait pas dans un court délai, qui ne doit guère dépasser une heure, est-il indiqué d'en favoriser la terminaison en rompant les membranes de l'œuf resté dans l'utérus.

Toutefois, il est des cas où l'on pourrait être autorisée à attendre. C'est lorsque le premier fœtus est né à une époque encore éloignée du terme, très petit et faible, à six ou sept mois par exemple, que son placenta a été expulsé, et qu'on a l'espoir de voir la grossesse se prolonger ; le second enfant pourra ainsi naître ultérieurement avec une vitalité plus grande et des chances plus nombreuses de survivre. Ces cas sont rares. Ou bien on a lieu de supposer qu'il y a eu superfœtation ; le premier fœtus étant né bien développé, on constate que celui qui reste est très petit. Si l'utérus ne se contracte plus après la naissance du premier enfant, l'expectation peut encore ici permettre au second d'acquiescer un plus complet développement.

Il est de toute évidence que cette expectation devient de rigueur lorsqu'il se produit un avortement simple et qu'on soupçonne une grossesse multiple. Je connais une dame chez laquelle, après une fausse couche de trois mois, la grossesse continua son cours, et qui accoucha, près du terme, de deux jumelles qui sont aujourd'hui de grandes jeunes filles. Elle avait donc une grossesse trigémellaire et l'un des fœtus put être expulsé dans un avortement, sans que la grossesse fût interrompue pour les deux autres.

Je viens de vous exposer la conduite que vous devez suivre dans un accouchement gémellaire quand tout a lieu normalement. Les choses ne se passent pas toujours aussi simplement et le pronostic devient moins favorable dans certaines conditions, par le fait de difficultés et de complications dont j'ai maintenant à vous parler.

Je n'insiste pas sur les cas où une présentation, autre que celle du sommet, nécessitera votre intervention, où vous serez obligé, par exemple, de faire, pour l'un des jumeaux ou pour les deux, une extraction du siège, une version à cause d'une présentation de l'épaule, etc. L'indication est la même que dans une grossesse simple ; l'opération peut seulement présenter quelques difficultés quand elle a lieu sur le premier enfant ; j'y reviendrai.

Mais il est d'autres circonstances qui peuvent modifier singulièrement la marche et la terminaison de l'accouchement.

Tout d'abord, la faiblesse des contractions et l'inertie utérine constituent une complication relativement fréquente de l'accouchement gémellaire, je vous en ai déjà parlé. Lorsque cette inertie se prolonge outre mesure, la longue durée du travail n'est pas sans danger, surtout si les membranes sont rompues. Si la dilatation n'est pas complète, on s'efforcera de réveiller les contractions utérines et d'accélérer l'accouchement ; les injections chaudes, l'écarteur de Tarnier, la dilatation manuelle du col seront employés dans ce but.

Une fois la dilatation complète, il ne restera qu'à terminer l'accouchement artificiellement.

Voici maintenant des difficultés d'un autre ordre. Il est deux cas où, soit parce qu'il y a présentation du siège, soit par suite de procidences, vous pourrez rencontrer plusieurs membres inférieurs dans le vagin. Il faut alors bien prendre garde de saisir deux membres appartenant à des fœtus différents. La règle absolue est de ne jamais tirer que sur un seul membre inférieur, sauf à l'abandonner et à exercer ensuite des tractions sur un autre, en cas d'insuccès.

La procidence du cordon ou des cordons comporte les mêmes indications que dans un accouchement simple : réduction de l'anse prolabée quand le col n'est pas suffisamment dilaté ; terminaison de l'accouchement par le forceps ou la version, quand la dilatation est complète : je n'insiste pas.

Parfois, la situation se complique d'un rétrécissement du bassin. Dans un cas que j'ai récemment rapporté à la Société d'obstétrique de Paris, je me suis trouvé aux prises avec une difficulté de ce genre. Le bassin était rétréci ; son diamètre promonto-sous-pubien mesurait 10 centimètres 3. La grossesse était à terme. Les deux fœtus se présentaient par le sommet : mais chaque fois la tête resta au détroit supérieur sans aucune tendance à s'engager. Je fus obligé de faire deux versions. A ce propos, je vous ferai remarquer que la version sur un premier jumeau demande à être pratiquée avec beaucoup de circonspection ; il faut suivre bien exactement le tronc du fœtus et arriver ainsi aux pieds sans dévier, de façon à éviter de prendre le pied appartenant à l'autre jumeau. Dans le cas auquel je fais allusion, les deux enfants furent extraits vivants avec une certaine peine, et l'un d'eux présentait sur son pariétal supérieur un large et profond enfoncement qui s'était produit par la pression de la tête sur l'angle sacro-vertébral. Ils ont d'ailleurs survécu et se sont bien développés.

J'ai à vous signaler maintenant des difficultés tout à fait spéciales à l'accouchement multiple ; elles sont dues à l'engagement simultané des fœtus. Indiquée par Joulin et par Tarnier, et bien étudiée par Besson dans sa thèse en 1897, cette complication peut se produire de diverses manières.

Dans un premier cas, les fœtus se présentant tous deux par le sommet, les deux têtes pénètrent ensemble dans l'excavation, et se font mutuellement obstacle, en sorte que toute progression de l'une ou de l'autre devient impossible. Parfois même elles exercent l'une sur l'autre une compression telle que des enfoncements et des fractures peuvent en résulter. Quand on se trouve en présence d'un cas de ce genre, on doit essayer d'abord de refouler l'une des têtes au-dessus du détroit supérieur. Si on ne réussit pas, on peut tenter une application de forceps sur la tête qui paraît la plus engagée. Enfin, en cas d'échec du forceps, il ne reste qu'à sacrifier l'un des enfants en faisant une craniotomie, la diminution du volume d'une des deux têtes engagées pouvant seule permettre à l'autre d'effectuer son dégagement.

Dans un autre cas, il peut y avoir un véritable accrochement

céphalique. Le premier jumeau s'est présenté par le siège ; son tronc est au dehors, mais sa tête est restée dans l'excavation où se trouve en même temps qu'elle la tête de l'autre enfant. Les deux têtes s'accrochent soit par les pariétaux, soit par le menton, ainsi que Mme Lachapelle en a cité des exemples. Que faire ? On peut tenter de refouler la tête du second jumeau, mais on y réussit bien rarement. Il vaut mieux essayer d'appliquer le forceps sur la tête du second jumeau, comme l'a fait Depaul avec succès ; on achève ensuite l'extraction du premier. Mais le forceps peut échouer, et il faut encore en arriver à sacrifier l'un des enfants. Si le premier, celui dont le tronc pend au dehors, est mort, ce qui est fréquent, on peut pratiquer sur lui la décollation : puis, sa tête étant après cette opération facilement refoulée dans l'utérus, on extrait l'autre fœtus ; on termine enfin par l'extraction de la tête restée seule dans la cavité utérine. Ou bien on pourra pratiquer la craniotomie sur la tête du second jumeau de façon à extraire le premier, s'il est encore vivant.

D'autres difficultés peuvent se rencontrer, dues à la même cause : c'est ainsi que les deux sièges peuvent s'engager en même temps ; dans ce cas, il faut, comme je vous l'ai dit, n'exercer de tractions que sur un seul pied pour éviter d'aggraver la situation.

Les variétés les plus singulières de dystocie due à l'enclavement des jumeaux ont été observées. Sans vouloir les passer toutes en revue, je vous signalerai seulement ce fait rapporté par Jacquemier. Il fut appelé auprès d'une femme mourante, qui était en travail depuis huit jours et n'avait pu être délivrée. On avait vainement essayé d'extraire le fœtus qui se présentait par le sommet en O. I. G. A. Or, à l'autopsie, on trouva un second jumeau, qui était placé transversalement, et dont le cou embrassait si solidement celui du premier, qu'il mettait un obstacle invincible à l'expulsion de celui-là.

Dans bon nombre de cas, la conduite à tenir est impossible à préciser. L'accoucheur doit agir d'après les circonstances en ayant pour principes de sauvegarder avant tout la mère et de ne pas hésiter à sacrifier l'enfant si cela est absolument nécessaire pour la terminaison de l'accouchement.

(*Journ. de Méd. et Chir. prat.*)

La Chirurgie à l'Hôpital Notre-Dame.

Plusieurs lecteurs nous ont écrit au sujet des changements annoncés dans un journal de Montréal. Voici les faits. Par une faveur spéciale du Bureau Médical de l'Hôpital Notre-Dame et de la Faculté de Médecine, le Dr Brosseau a été autorisé, pour cause de maladie, à se faire remplacer *temporairement* dans son service par le Dr Parizeau, mais il est bien entendu que le Dr Mercier conserve son titre et ses droits de chirurgien conjoint.

REVUE D'HYGIÈNE

DU SÉRUM ANTIDIPTÉRIQUE ET DE SA VALEUR CURATIVE.

Il y a quatre ans l'automne dernier (septembre 1894), que Roux a fait connaître au Congrès de Budapest, les résultats obtenus par l'application du sérum des chevaux immunisés au traitement de la diphtérie. Depuis, la presse médicale du monde entier n'a pas cessé de publier des articles et des revues sur le sujet, qui forme tout un chapitre, et l'un des plus moderne, des récents traités de médecine. On peut dire, sans crainte de se tromper, que la sérothérapie de la diphtérie est aujourd'hui d'un emploi universel, et que son efficacité est admise par la grande majorité des praticiens, de même qu'elle est affirmée dans toutes les chaires d'enseignement médical.

Cependant, il ne faut pas le dissimuler, on a combattu au début l'emploi du sérum. Cette lutte n'a pas duré longtemps, car il a bien fallu se rendre à l'évidence des faits. Mais l'opposition à la nouvelle médication persiste encore ici et là, dans des groupes isolés de médecins; d'autres, qui ne refusent pas de l'employer, ne lui accordent néanmoins qu'une confiance relative, qui n'attend qu'une occasion favorable pour diminuer davantage. L'emploi du sérum ne s'est certainement pas encore généralisé à toute la province de Québec, malgré qu'il soit facile de s'en procurer. La mortalité par la diphtérie, si nous consultons le rapport annuel du Conseil d'Hygiène de la Province, a été, en 1894, de 1637, en 1895, de 2243, et en 1896, de 2059. C'est ce qui fait dire au secrétaire que "le nombre des victimes que fait la diphtérie a lieu de nous surprendre, surtout maintenant que nous avons un spécifique contre cette maladie. Il est évident que le traitement par le sérum n'est encore que très peu souvent appliqué dans bon nombre de municipalités..." (3ème rapport, page 29).

Le sérum est-il un spécifique de la diphtérie? Les documents sont assez nombreux pour permettre de juger la question d'une manière impartiale, et c'est ce que nous allons essayer de faire dans cet article.

Le sérum antidiphtérique; sa préparation; son dosage.

Quelques notes préliminaires qu'il est bon de rappeler ici avant d'aller plus loin.

Le sérum antidiphtérique est un remède physiologique: c'est le sérum du sang des chevaux immunisés par des injections de toxine diphtérique. On obtient cette toxine en cultivant le bacille de Klebs-Löffler sur du bouillon, dans des vases spéciaux (vases de Fernbach) où passe un courant d'air humide. Cette toxine est très viru-

lente : 1 c.c. fait mourir un cheval. On l'atténue d'abord avec de l'iode, on en injecte des doses légères, puis plus fortes ; on injecte ensuite de la toxine pure, à doses progressives, et l'on arrive ainsi, en deux mois, à pouvoir injecter au cheval jusqu'à 200 ou 250 c.c. Quand le cheval a reçu, en tout, 1 litre de toxine, on cesse les injections, et on le laisse au repos pendant trois semaines, pour lui permettre d'éliminer toute la toxine qui reste dans le sang. C'est alors que l'on saigne le cheval pour déterminer la valeur du sérum. (1)

“ Le cheval est saigné suivant le procédé de M. Nocard. On introduit dans sa veine jugulaire un trocart stérile, la canule du trocart reste dans la veine jugulaire, on retire le trocart et un jet de sang sort de la canule ; rapidement on remplace le trocart par un ajutage qui porte un tube en caoutchouc plongeant dans un bocal où on recueille le sang. Tous les instruments étant stériles, le sang recueilli dans le bocal est aussi stérile.” (2)

On détermine la valeur du sérum de deux manières différentes : 1° en recherchant quelle est la quantité de sérum qui neutralise une quantité donnée de toxine (méthode allemande ou des unités) ; 2° en recherchant quelle est la quantité de sérum qu'il faut inoculer à un animal pour le préserver contre une dose donnée de culture (méthode française ou du pouvoir immunisant). (3)

L'unité antitoxique, c'est la dose de sérum suffisante pour immuniser un cobaye contre dix fois la dose mortelle de toxine. Chez un enfant de 1 à 12 ans, on donne des doses variant de 500 à 2000 unités, suivant la nature de la maladie.

Les français prennent pour base le poids du cobaye, et ils disent : Lorsque la quantité de sérum nécessaire pour immuniser un cobaye représente la 50,000e partie de son poids, ce sérum (qui a un pouvoir immunisant au 50,000e) est suffisamment actif pour immuniser contre la diphtérie. Chez les enfants de 1 à 12 ans, ce sérum immunise contre la diphtérie à la dose de 10 à 20 centimètres cubes, suivant la nature de la maladie.

Le médecin praticien qui emploie le sérum antidiphtérique doit faire le raisonnement suivant : si j'emploie le sérum français, je dois me dire que ce sérum a un pouvoir immunisant tel (50,000e ou plus) que 10 c.c. ou 20 c.c. seront la dose indiquée pour combattre chez un enfant (de 1 mois à 12 ans) un cas de diphtérie, quitte à renouveler la dose suivant les indications ; si j'emploie le sérum allemand ou américain, je dois calculer, m'asant sur ce fait qu'une unité immunise un cobaye, qu'il faudra 500 ou 2,000 unités, suivant les cas, pour immuniser un enfant, quitte ausssi à renouveler les doses.

Telles sont les indications principales fournies par la composition du sérum et sa force d'action.

(1) *Traité des Maladies de l'Enfance*, de Grancher, Comby et Marfan tome I. chapitre *Diphtérie* de MM. Sévestre et L. Martin, pages 622 et suivantes. (Masson, éditeur).

(2) Loc. citat.

(3) Loc. citat.

Action curative du sérum antidiphtérique.

Un enfant a la diphtérie, on lui injecte du sérum antidiphtérique; que se passe-t-il?

Action sur les membranes.—En quelques heures, les membranes sont modifiées: elles changent de couleur, deviennent d'un blanc opaque; elles s'épaississent, se boursoufflent; les bords se décollent, se détachent, et, dans les 36 ou 48 heures, les membranes tombent. Cette action se fait sentir sur les membranes de la gorge, des fosses nasales ou du pharynx. Elle est très marquée si la diphtérie est pure, plus lente et quelquefois plus infidèle lorsque la diphtérie est associée. Plus l'injection est faite au début, plus l'effet est certain.

Action sur l'état général.—L'état général se modifie rapidement: les petits malades perdent leur apparence cachectique, leur teint pâle et plombé et redeviennent vifs et gais. L'appétit reparait; les fonctions digestives se font bien. Plus l'intoxication est profonde, moins l'état général s'améliore vite.

Action sur la température. La température s'élève pendant quelques heures pour s'abaisser ensuite rapidement vers la normale.

Action sur le pouls.—Le pouls s'élève aussi pour quelques heures, et diminue ensuite, mais plus lentement que la température.

En résumé, l'action la plus certaine, la plus constante du sérum, c'est, comme le dit Variot, (1) de "provoquer la chute des membranes qui tapissent les diverses parties du pharynx et des voies aériennes," d'abaisser la température, et de relever l'état général.

Il n'y a pas, dans la pharmacopée, de médicament qui jouisse d'une propriété semblable, et le traitement local n'a jamais donné des résultats aussi rapides et aussi nets.

Résultats du traitement par le sérum.

Les effets curatifs du sérum, tels que décrits plus haut, ont été reconnus et admis par tous les observateurs qui ont écrit sur le sujet. C'est un fait acquis qu'une diphtérie à Klebs-Löffler, traitée par le sérum avant que l'empoisonnement de l'organisme ne soit trop considérable, guérit presque toujours, ou, si vous voulez, beaucoup plus souvent que par le passé. Nous entrons ici dans les statistiques.

"Avant la découverte du sérum, dit le secrétaire du Conseil d'Hygiène de la province de Québec, on comptait de 40 à 60 décès sur 100 personnes atteintes, mais avec le traitement par le sérum ce chiffre est baissé à 13 ou tout au plus 17 pour cent. Ce qui veut dire que l'on sauve deux tiers des malades qui seraient morts si ce traitement n'avait pas été employé."

A ce sujet, la statistique de Monod, citée par Landouzy, (2) est intéressante. Il s'agit de la mortalité comparée de 108 villes de France

(1) Variot.—Diphtérie et sérumthérapie.—1898. Maloine, éditeur.

(2) Landouzy.—Les sérothérapies, page 208.

avant l'emploi du sérum, et pour les premiers six mois après son emploi :

MOIS	NOMBRE DE DÉCÈS par diphtérie dans les 108 principales villes de France.		DIMINUTION	
	Moyenne 1888-1894	1895	En chiffres absolus	Pour 100.
Janvier.....	469	205	264	56,2
Février.....	466	187	279	59,5
Mars.....	499	155	344	69,3
Avril.....	442	160	282	63,8
Mai.....	417	113	304	72,5
Juin.....	433	84	249	74,5

Ce tableau vient à l'appui du fait suivant : dans les grands centres, la mortalité par la diphtérie va décroissant en raison de l'usage de plus en plus répandu du sérum, et comme traitement, et comme préventif.

Vous savez que Roux fit ses premiers essais de sérothérapie à l'hôpital des Enfants Malades. Avant ces premiers essais, de 1890 à 1893, sur 3979 enfants diphtériques traités par les anciennes méthodes, 2929 avaient succombé aux effets de la maladie, soit une mortalité de 51 p. c. Roux, Martin et Chailloux traitèrent par le sérum, en 1894, de février à juillet 300 enfants, et n'en perdirent que 78, soit 26 p. c. C'est cette statistique qui fut rapportée par Roux au congrès de Budapest. La même année Sevestre, sur 150 cas, avait 15 décès, soit une mortalité de 10 pour cent.

À l'hôpital Trousseau, la mortalité par la diphtérie était, avant 1894, de 60 p. c. Dans l'automne de 1894, à la suite de la communication de Roux, Moizard employa le sérum et publia en novembre une statistique de 300 cas avec une mortalité de 14,5 p. c. Cette statistique fut rapportée à l'Académie de Médecine par Strauss, qui recommanda fortement l'emploi du nouveau sérum. Variot prit ensuite la direction du service : il eut en 1895, sur 1414 cas, une mortalité de 14 p. c., et en 1896, sur 1087 cas, une mortalité de 15,27 pour cent.

Voici maintenant une statistique anglaise que j'emprunte à Goodall, (1) et qui fait voir que la sérothérapie est efficace surtout si

(1) Goodall.—*On the value of the treatment of diphtheria by antitoxin.*—British Medical Journal, janvier 28, février 4, 1899.

on l'emploie dès le premier jour. C'est la statistique des hôpitaux de Londres d'après les rapports du Bureau Métropolitain.

ANNÉES	Traitement	Date de la maladie	Nombre de cas admis	Morts	Pourcentage.
1894	Pas de sérum	1er jour.....	133	30	25,5
—	—	2e jour.....	539	146	27,0
1895-96	Sérum	1er jour.....	143	7	4,8
—	—	2e jour.....	809	121	14,9

La statistique du Brook-Eastern Hospital pour 1897 met aussi fort bien ce fait en lumière. Sur 66 cas admis le 1er jour, 1 meurt, soit 1,5 pour cent; sur 317 cas admis le 2e jour, 16 meurent, soit 5,0 pour cent.

Nous aussi en passant que, d'après Goodall, la statistique des cas de mortalité par la diphtérie chez les scarlatineux qui était, avant 1895, de 50 pour cent, est tombée à 20 pour cent.

En Allemagne, les premiers essais de sérothérapie furent faits avec du sang de chèvre. En avril 1893, Behring et Kossel publièrent une série de 80 cas (les premiers traités) avec une mortalité de 20 pour cent. Un an après, en avril 1894, cinq mois avant le Congrès de Budapest, Ehrlich, Kossel et Wasserman publièrent une nouvelle série de 220 cas; la mortalité totale était de 23,6 pour cent, mais elle n'était que de 3 pour cent sur les cas traités au début.

Le résultat des statistiques particulières a été tout aussi favorable au sérum. Citons les principales :

Heubner, de Berlin, 1390 cas.....	Mortalité	21 p. cent
Parodlorsky et Matsutoff (Russie) 1300 cas. "	"	10 "
Baginski, de Berlin, 525 cas.....	"	15,81 "
Lebreton, de Paris (1894) (1) 258 cas.....	"	12, 0 "
Berlioz, de Grenoble, 256 cas.....	"	13. 0 "

Monti, de Vienne, a fait un relevé d'un grand nombre de statistiques publiées, et les a additionnées avec le résultat suivant : total des cas traités, 3888; total des décès, 716; mortalité, 18,4 pour cent. L'analyse de ces statistiques suivant les pays où elles ont été faites lui a donné les taux de mortalité suivants : Hollande, 7 0/0; France, 13 0/0; Allemagne, Autriche-Hongrie, Italie, 14 0/0; Angleterre, 23 0/0.

En Amérique, nous avons la statistique de Biggs, qui donne à la ville de New-York une mortalité de 10,4 pour cent. Mais la plus importante est sans contredit celle publiée par la Société Américaine

(1) A l'hôpital des Enfants Malades.

de Pédiatrie (*Arch. of Pediatrics, July 1896*). Elle porte sur un total de 5,794 cas, elle comprend les résultats de 114 villes situées dans 15 états différents. Le nombre des décès est de 713, soit une mortalité de 12,3 pour cent. Sur les 5794 cas, 4120 furent injectés dans les trois premiers jours, dont 303 moururent, donnant une mortalité de 7,3 pour cent pour les cas traités au début. Cette statistique a d'autant plus de valeur qu'elle résulte d'une enquête faite parmi les membres de toutes les sociétés de pédiatrie d'Amérique sous la direction de la Société de Pédiatrie de New-York, c'est-à-dire parmi des médecins faisant de la pratique générale.

Vous connaissez la statistique de Bazin, (1) qui va de juin à décembre 1895. Sur 103 cas admis à l'hôpital civique de Montréal, dans la section anglaise, 10 moururent, soit une mortalité inférieure à 10 pour cent. Celle de Laberge est la suivante, pour les trois dernières années : 571 malades traités avec 77 décès, soit une mortalité de 13,5 pour cent. (2)

Citons encore la statistique de Revillod, de Genève. La mortalité de 1889 à 1894, est de 37 pour cent ; elle tombe en 1895-96 à 5 pour cent, à la suite de l'emploi du sérum. De plus, le nombre des trachéotomies, qui était, pendant la première période, de 34 pour cent, tombe pendant la seconde à 13 pour cent. Et au lieu de sauver 40 pour cent de ses opérés, il en sauve, avec le sérum, 86 pour cent.

C'est là un fait bien caractéristique, et que prouvent des statistiques nombreuses : depuis l'emploi du sérum antidiphthérique, le nombre des opérations a beaucoup diminué, et les cas opérés guérissent dans une proportion beaucoup plus considérable. Goodall, dans l'article déjà cité, en donne des preuves nombreuses que nous réunissons dans les tableaux suivants :

Pourcentage des guérisons du croup avant l'emploi du sérum.

CROUPS NON OPÉRÉS	Nombre de cas	Guéris	Pourcentage
Sanné (Hôpital Ste-Eugénie, 1854-75).....	497	232	46,6
Hôpitaux de Londres, (1894).....	205	100	48,7
Henoeh (pratique privée).....	43	3	6,9
Total.....	745	335	44,9

(1) Bazin.—*Diphtheria ; notes on treatment by antitoxin.* Montreal Medical Journal, April 1896.

(2) Laberge.—*Infection et sérothérapie.*—Revue Médicale de Québec, septembre 1898.

Pourcentage des guérisons du croup avant l'emploi du sérum.

GROUPES OPÉRÉS	Nombre de cas	Guéris	Pourcentage
Sanné, (Hôp. des Enfants Malades, 1851-75)	2351	690	29,3
Sanné (Hôpital Ste-Eugénie, 1854-75).....	2312	599	25,4
V. Hirsch.....	1654	517	31,2
Société Clinique.....	1531	434	28,3
Hôpitaux de Londres (1889-93).....	323	104	31,1
“ “ “ (1894).....	261	77	29,5
Clubbe (Hôpital des Enfants, Sydney).....	199	64	32,0
Guersant.....	156	28	18,0
Eastern Hospital (1892-93).....	140	30	21,4
Total.....	8927	2543	28,4

Pourcentage des guérisons du croup depuis l'emploi du sérum.

GROUPES NON OPÉRÉS	Nombre de cas	Guéris	Pourcentage
Société Américaine de Pédiatrie.....	1030	852	82,8
Hôpitaux de Londres (1895-97).....	742	560	75,4
Belin (Strasbourg).....	49	49	100,0
Roux.....	10	10	100 0
Total.....	1831	1471	80,3

GROUPES OPÉRÉS	Nombre de cas	Guéris	Pourcentage
Hôpitaux de Londres (1895-97).....	680	384	56,4
Société Américaine de Pédiatrie.....	668	486	72,7
Welch (compilation de 39 rapports).....	518	313	60,4
Belin (Strasbourg).....	132	88	66,6
Clubbe (Sydney).....	129	80	62,0
Roux.....	121	65	53,7
University College Hospital.....	72	53	73,6
Cuno (Frankfort).....	54	37	68,4
Total.....	2374	1506	63,4

On se rendra compte facilement, en jetant un coup d'œil sur ces tableaux, que le sérum antidiphthérique a augmenté de 40 à 80 le pourcentage des guérisons dans le croup. On a constaté de plus, dans les hôpitaux de Londres, que le sérum a rendu moins fréquente l'extension des membranes au larynx. En 1894, sur 3042 cas traités sans sérum, 116 fois la maladie s'étendit au larynx. Depuis l'emploi du sérum, les cas de croup consécutif à la diphthérie du pharynx ont été, en 1895, de 18 cas sur 2965, et en 1896, de 16 cas sur 3300.

Ce changement considérable a d'ailleurs été observé dans tous les hôpitaux.

En résumé, les faits publiés dans la littérature médicale prouvent :

1° Que le sérum antidiphthérique guérit les membranes de la diphtérie mieux et plus vite qu'aucun autre traitement.

2° Que cette propriété spécifique du sérum permet de guérir les malades atteints de diphtérie pure dans une proportion beaucoup plus considérable que celle obtenue par tous les traitements locaux.

3° Que le sérum a rendu l'extension des membranes au larynx (croup) moins fréquentes.

4° Que le sérum guérit mieux les croups (primitifs ou secondaires, opérés ou non) qu'aucun autre traitement.

Objections faites à l'emploi du sérum antidiphthérique.

Bien que l'action curative du sérum antidiphthérique soit aujourd'hui parfaitement établie, on a fait à son emploi, et quelques médecins continuent à les faire, des objections plus moins plausibles. Il suffit de s'y arrêter un instant pour se convaincre que, si l'on tient compte des circonstances, elles n'ont pas leur raison d'être.

1ère Objection : le sérum ne guérit pas tous les cas

Evidemment, puisqu'il n'y a pas de remèdes infailibles. Nous avons prouvé précédemment que le sérum guérit mieux les cas de diphtérie, qu'il les guérit plus vite, qu'il les guérit en plus grand nombre que tout autre traitement employé jusque-là. Pourquoi exiger davantage ? Cette objection nous semble puérile.

Il faut savoir tenir compte des circonstances. Le médecin appelé auprès d'un enfant malade depuis plusieurs jours, dont le pharynx et le voile du palais sont couverts par les membranes, qui a un écoulement sanieux par le nez, n'aura évidemment pas autant d'espoir de sauver cet enfant que s'il s'agissait d'une diphtérie au début, avec points blancs sur les amygdales. Et si l'examen bactériologique lui révèle qu'il s'agit d'une diphtérie associée (Klebs-Lœffler, streptocoques, staphylocoques), son anxiété sera encore bien plus grande. De même dans un cas de croup diphtérique où le tirage est prononcé. C'est encore bien beau de pouvoir dire, et cela démontre mieux que tous les raisonnements possibles la supériorité de la méthode, qu'en résumé, en mettant tous les cas ensemble, les bons et les mauvais, il en sauve avec le sérum plus de 80 pour cent.

Il faut bien se rappeler aussi que le sérum agit sur les bacilles et sur les membranes, arrête le pullulement des uns et l'envahissement des autres, mais qu'il n'agit pas sur les désordres provoqués par une intoxication trop grande : la paralysie et l'albumine post-diphthériques sont à l'abri de son atteinte, et ces séquelles de la diphtérie demandent un traitement particulier.

La méthode de Brand est une excellente méthode de traitement dans la fièvre typhoïde, et qui a fait ses preuves ; mais elle doit être

appliquée au début de la maladie. L'accuserez-vous d'être inefficace parce qu'elle n'aura pas guéri un malade soigné au troisième septenaire? La quinine, l'iodure et le mercure, le salicylate de soude sont d'excellents médicaments, et cependant combien d'accès pernicieux de fièvre paludéenne, combien de syphilis malignes précoces, combien d'encéphalopathies rhumatismales résistent à leurs effets et s'achèment rapidement vers une issue fatale!

Il ne faut pas exiger du sérum antidiphthérique plus qu'il peut donner: il donne déjà beaucoup.

2e Objection: le sérum produit des accidents.

Si le sérum est suffisamment frais, si la seringue est aseptique, si le médecin prend toutes les précautions voulues, et il doit les prendre, l'injection hypodermique de sérum antidiphthérique ne produit aucun accident.

Mais l'on ne peut nier en effet que le sérum ne produise dans un certain nombre de cas des accidents généraux le plus souvent bénins, dans quelques cas assez graves, et presque toujours insuffisants pour causer la mort. On a divisé ces accidents en immédiats, précoces et tardifs. (1)

Les phénomènes *immédiats* sont peu importants. Quelques heures après l'injection, le malade éprouve un léger malaise, le pouls et la température montent, puis tout rentre bientôt dans l'ordre. Chez certaines personnes, *notamment chez les tuberculeux*, cette réaction peut être suffisamment intense pour causer des inquiétudes qui d'ailleurs se dissipent bientôt. Cette réaction semble indiquer chez ceux qui la subissent une certaine idiosyncrasie, ou encore l'existence d'une diathèse qui rend l'enfant plus sensible à l'action du sérum.

Les phénomènes *précoces* consistent dans l'apparition, les premiers jours qui suivent l'injection du sérum, d'éruptions fugaces (urticaire, érythème) qui s'accompagnent de démanchement, et quelquefois d'un peu de fièvre. On rencontre ces éruptions après les injections de sérum en général (sérum antidiphthérique, sérum anti-streptococcique, sérum de cheval non immunisé); elles seraient dues à un état particulier du cheval qui a fourni le sérum, bien que l'on n'ait aucune preuve à donner pour appuyer cette hypothèse si ce n'est que, dans les hôpitaux, ces cas surviennent par série et cessent de même.

Dans quelques cas, l'éruption est *tardive*. Elle survient vers le 13e jour après l'injection, peut être très vive, s'accompagne de fièvre, quelquefois de vomissements, de diarrhée, d'agitation, d'insomnie; les malades sont abattus, il y a de l'albumine dans l'urine. Ces accidents tardifs, quoique rares, sont évidemment dus à une cause particulière surajoutée à la diphthérie.

Quelle est cette cause? On n'a jamais pu la définir au juste. Ce qu'on remarque, c'est que ces accidents tardifs surviennent surtout dans les cas où il y a des streptocoques dans les membranes

(1) Sevestre et Martin. Loc. citée.

diphthériques, et que l'on rencontre fréquemment, dans les infections par le streptocoque, en dehors de la diphtérie, les mêmes phénomènes : exanthèmes, arthropaties mobiles, fugaces et non suppurantes, œdèmes localisés, etc. D'ailleurs, tout le monde sait que les adénopathies cervicales, dans la diphtérie, sont sous la dépendance directe des streptocoques. Le sérum antidiphthérique lui-même peut-il produire des accidents aussi graves ? Il est permis d'en douter jusqu'à preuve du contraire.

Cependant, pour le besoin de la thèse, supposons que le sérum lui-même puisse produire dans des cas donnés de ces accidents ; devra-t-on en conclure que c'est un remède à rejeter. Mais alors, d'après le même principe, vous devrez rejeter toute une catégorie de remèdes médicamenteux, car, et c'est un fait connu de tous les praticiens, il arrive que chez certaines personnes, par suite des doses données, par suite de l'idiosyncrasie seule bien souvent, l'antipyrine, la belladone, l'atropine, le copahu, le bromure et l'iodure de potassium produisent des éruptions (roséole médicamenteuse), que le salicylate de soude provoque de la surdité, la quinine des bourdonnements d'oreille, la belladone et l'atropine de la sécheresse de la gorge et de la mydriase, que l'antipyrine fasse éclater des douleurs d'estomac, des nausées, du vertige, des sueurs, et cela aux doses habituelles. Faut-il pour cela renoncer à l'usage de ces médicaments, qui nous rendent de si grands services ? Certainement non.

De même pour le sérum antidiphthérique. C'est un médicament précieux et d'une grande valeur, nous l'avons prouvé précédemment, et la grande majorité des praticiens l'admettent, puisqu'ils en font un usage quotidien. Le Conseil d'Hygiène de la Province de Québec le recommande comme le remède le plus efficace contre la diphtérie, et dans les villes où l'on porte une attention toute particulière à la prophylaxie et au traitement de la maladie, comme à Québec, et à Sherbrooke, les autorités municipales le distribuent gratuitement aux pauvres.

Comme la quinine, l'antipyrine et l'iodure de potassium dans d'autres maladies, le sérum antidiphthérique doit être employé dans l'angine et le croup diphthériques, puisque, bien qu'il ne guérisse pas tous les cas, bien qu'il produise chez certains cas spéciaux des accidents passagers, c'est encore lui qui guérit le mieux un plus grand nombre de malades, et qui rend les complications de la maladie moins fréquentes.

3e Objection : le sérum peut causer la mort.

On a publié dans la littérature médicale un très petit nombre de cas où le médecin traitant a pensé que le sérum antidiphthérique pouvait être la cause de la mort. Les plus connus de ces cas, au nombre de six, méritent de nous arrêter un instant.

Je laisse de côté le cas de M. Moizard, communiqué à la Société Médicale des Hôpitaux (5 juillet 1895), et le cas rapporté par le Dr Alfoldi (*Pester med. dier. Resse*, 1895, nov. 10). Comme il n'y a pas eu d'autopsie de faite, il est bien difficile de se prononcer.

Il n'en est pas de même des deux cas cités l'un par le Dr Ausset, de Lille, au Congrès de Nancy, l'autre par MM. Guinon et Roufflange (Revue Mensuelle des Maladies de l'Enfance, 1895, p. 135.) L'autopsie révéla que le premier cas avait succombé à une broncho-pneumonie et le second à des convulsions urémiques, qui sont des complications de la diphtérie que l'on rencontrait avant l'emploi du sérum, et contre lesquelles ce dernier ne peut rien.

Comme le fait avec raison remarquer Landouzy dans son cours de 1896-97, ces malades sont morts *malgré* le sérum, et non pas à cause du sérum.

Le cas du professeur Langerhaus, de Berlin, est resté célèbre. Sur le conseil de ses collègues, le professeur Langerhaus injecta à son bébé, âgé de 21 mois, une dose préventive de sérum ($2\frac{1}{2}$ c.c.) : la servante de la maison était tombée malade de la diphtérie. Quelques minutes après, le bébé, jusque là bien portant, était mort. Le professeur annonça dans les journaux de Berlin, le 9 avril 1896, la mort subite de son fils bien-aimé, *tué par le sérum de Behring*. Cette manière d'annoncer le décès créa, on le comprend sans peine, toute une sensation.

Les autorités publiques ordonnèrent une enquête. L'autopsie du bébé, qui fut faite le 10 avril, resta négative : on ne put trouver aucune lésion permettant d'expliquer la mort, aucune inflammation même légère au point d'injection.

Le professeur Ehrlich examina le sang et les viscères, il ne trouva rien non plus.

Le professeur Langerhaus avait pris son sérum au dispensaire de la Charité, où il y en avait encore de la même provision, et qu'on analysa également : il était normal et absolument stérile.

Ce sérum venait d'une saignée de plusieurs litres qu'on avait essayée officiellement le 16 décembre 1895 et mise en vente le 18 du même mois. Treize cents doses de ce même sérum avaient été achetées par divers hôpitaux d'Allemagne. On fit alors des recherches dans ces hôpitaux : dispensaire de la Charité, hôpital Julien, à Wurzburg, hôpital général à Hambourg, hôpital municipal à Magdebourg, hôpital Krefeld, etc., etc. Nul part on n'avait eu d'accidents avec ce sérum. On cita même un bébé de 18 mois qui avait reçu de ce même sérum, 15 c.c., c'est-à-dire une dose dix fois supérieure à celle employée par le professeur Langerhaus, sans en avoir été incommodé.

Devant le résultat d'une enquête aussi complète et aussi décisive, il fallut bien admettre que le sérum n'était pour rien dans la mort subite du bébé.

Variot a rapporté à la Société Médicale des Hôpitaux (24 avril 1896), un cas de croup intubé qui reçut, en deux fois, 25 c.c. de sérum, et qui mourut 48 heures après avec une fièvre très forte. Mais il avoue lui-même dans son livre (1) qu'il ne peut pas tirer de son observation des conclusions rigoureuses au sujet de la cause de cette fièvre.

En résumé, il n'a pas encore été démontré que le sérum antidiph-

(1) Variot.—Diphtérie et sérumthérapie, 1898, p. 386.

térique puisse causer la mort. La mort subite est assez fréquente chez les enfants; elle peut survenir au cours de n'importe quelle maladie, traitée de n'importe quelle manière, et elle n'est pas toujours facile à expliquer, surtout quand l'autopsie ne révèle aucune lésion des viscères, aucune altération du sang.

Conclusion.—Le sérum antidiphtérique est et reste jusqu'à nouvel ordre le meilleur traitement de la diphtérie, et son emploi est beaucoup moins dangereux que celui d'un grand nombre de médicaments

Citons pour terminer ce passage de l'article de Goodall: "La liste des médicaments contenus dans la Pharmacopée est longue. On prétend qu'ils ont tous leur valeur dans le traitement de quelque une des maladies auxquelles notre organisme est sujet. Je ne crois pas cependant exagérer en disant que bien peu de ces médicaments, même parmi les plus utiles, ont été soumis à une critique aussi intense que l'antitoxine de la diphtérie, et que bien peu aussi ont supporté l'épreuve d'une manière aussi triomphale."

Le traitement du croup à l'époque actuelle.—M. le Dr SEVESTRE a, sous ce titre, fait au Congrès de Pédiatrie de Marseille, une communication dans laquelle il déclare que le tubage lui paraît constituer, sans contredit, l'intervention de choix, mais il ne saurait le conseiller que si le malade peut être soumis à une surveillance immédiate et continue, pendant tout le temps que le tube devra être maintenu dans le larynx, c'est-à-dire, en général, pendant trois ou quatre jours.

Dans quelques circonstances particulières, on pourra se trouver amené à pratiquer la trachéotomie consécutivement au tubage. Ces conditions sont 1° lorsque le tube est rejeté plusieurs fois de suite, à des intervalles plus ou moins rapprochés; 2° lorsque le tube est, à plusieurs reprises et malgré des détubages successifs, bouché par des fausses membranes volumineuses; 3° lorsque des accès de spasme secondaire ne permettent pas de retirer le tube sans exposer l'enfant à l'asphyxie; 4° enfin chez des enfants atteints de rougeole, avec ou sans diphtérie, et qui ont présenté des accidents laryngés nécessitant le tubage. Dans ce dernier cas, M. Sevestre pense que le tubage peut être tenté tout d'abord et il lui a donné, en effet, plusieurs fois des résultats favorables, mais, en raison de la vulnérabilité spéciale de la muqueuse laryngée dans ces cas, il est imprudent de laisser le tube longtemps en place et si, au bout de quatre ou cinq jours tout au plus, le malade ne peut être détubé sans menaces d'asphyxie, il est préférable de recourir à la trachéotomie.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Directeur-Gérant : - - - - - *Dr J. B. A. LAMARCHE*

Rédacteur en chef : - *Dr E. P. BENOIT*

MONTREAL, MARS 1899

COURRIER DES HOPITAUX

HÔPITAL NOTRE-DAME

Par A. ETHIER, M. D.

Beaucoup d'activité à l'Hôpital durant ces deux derniers mois de janvier et février dans chaque service, mais spécialement en Chirurgie et en Gynécologie.

Signalons en chirurgie toute une série de 10 à 12 cas de hernie pour lesquels on a pratiqué une cure radicale—pas un seul cas fatal.—En plus deux cas de hernie ombilicale chez la femme—mais ces deux dernières n'ont pas nécessité d'intervention chirurgicale. La première est celle d'une femme de 53 ans très obèse. Sa hernie remonte à 8 ou 10 ans. Jusqu'à ces derniers jours la malade n'en avait pas été incommodée, mais depuis 45 heures avant son entrée à l'hôpital la réduction n'est plus possible. Pas de selles, a eu des vomissement, mais a passé des gaz. Dès son arrivée on lui fait des applications émolientes chaudes; à l'intérieur, morphine $\frac{1}{2}$ grain. Quelques heures après on peut réduire la presque totalité de la masse qui était très volumineuse, de la dimension d'un melon assez gros, et tout rentre dans l'ordre. Ce qui reste en dehors de l'anneau est irréductible, par suite de vieilles adhérences. La patiente nous dit avoir subi une opération pour un étranglement plus sérieux il y a six ans. Aujourd'hui on lui conseille de porter une bande appropriée et elle retourne chez elle après quelques jours.

L'autre cas est celui d'une femme d'environ la cinquantaine aussi. Son histoire antérieure n'est pas complète, mais il y a quelques heures cette hernie s'étrangle subitement et 24 heures après la malade est transportée ici. Avant son départ de la maison son

médecin la met sous l'influence de la morphine pour lui permettre de mieux supporter le voyage. Aussitôt après son arrivée ici on procède à un examen pour tenter encore une fois le taxis. Mais agréable surprise de la malade, qui nous dit que tout est rentré dans l'ordre. En effet, on ne constate plus que l'ouverture par où est sorti l'intestin. Celle-ci encore est congédiée sans intervention sanglante.

Un troisième cas que je puis aussi signaler est celui d'un brave homme de 75 ans porteur d'une hernie inguinale gauche depuis 30 ans. Cette dernière s'étrangle subitement et malgré un taxis prolongé et répété elle demeure irréductible. Transporté ici on fait encore le même traitement, repos, applications chaudes et morphine à l'intérieur. A peine 24 heures après qu'on a commencé ce traitement, l'intestin retourne dans la cavité abdominale après quelques instants de taxis méthodique. Voici trois cas qui nous prouvent qu'il ne faut pas trop se hâter d'intervenir avec le couteau.

L'appendicite, maladie à l'ordre du jour, donne aussi de la besogne aux chirurgiens depuis deux mois. Dix cas ont été opérés, dont deux étaient rendus à la suppuration, un fatal, tous les autres ont guéri sans complication aucune.

Deux cas de trépanation du crâne pour fracture avec enfoncement, l'un de la partie frontale, côté droit, et l'autre du sommet du crâne, ont encore donné d'excellents résultats.

Le premier s'est présenté ici huit jours après l'accident. A l'examen on constate une dépression très notable du frontal à droite avec abaissement marqué de l'orbite. La vision est perdue complètement dans l'œil droit. Le malade n'accuse aucune douleur, pas de paralysie. Pas de plaie du cuir chevelu lors de l'accident qui est causé par la chute d'une branche d'arbre sur la tête.

Après trois semaines d'observation le malade commence à faire de la fièvre, légers frissons, délire, on décide l'intervention et le lendemain le Dr Brosseau procède à une trépanation avec le ciseau plutôt qu'avec le trépan. Une ouverture pratiquée à la voûte orbitaire donne issue à du pus. A peine 21 jours après le malade retournait chez lui en bonne voie de guérison sans la moindre complication.

L'autre cas fait son entrée dans nos salles trois semaines après l'accident qui est arrivée de la même manière. Celui-ci est atteint d'hémiplegie à gauche—la mémoire est de beaucoup diminuée. A la voûte du crâne, pariétal droit on sent une dépression assez prononcée en profondeur et en superficie. Pas de plaie encore ici, pas de douleur, pas de température.

Ici l'intervention s'impose dans le but de rémédier à la paralysie. Après l'incision du cuir chevelu, l'opérateur tombe sur une fracture par rayonnements et enlève quatre fragments assez grands, les méninges ne sont pas déchirés et on ne remarque pas de caillots pouvant exercer une compression assez forte pour expliquer cette paralysie. La plaie est refermée et un drainage en gaze est laissé en place. Il y a au-delà de douze jours que l'opération a eu lieu et aucune complication n'est encore survenue. La paralysie diminue graduellement.

Voici maintenant l'histoire d'un jeune bambin de huit ans porteur d'un anévrysme de la portion inférieure de la fémorale gauche. Une paire de ciseaux lancés par un jeune frère vient frapper notre sujet à la partie inférieure de la cuisse gauche. L'instrument pénètre à une profondeur d'environ quatre pouces à la partie inféro-externe de la cuisse, obliquement de dehors en dedans et un peu d'avant en arrière. Aussitôt un jet de sang considérable s'écoule de cette plaie. Une ligature au moyen d'une ficelle est faite au-dessus et au-dessous de la plaie et sur la plaie même on fait une compression directe, sans oublier les feuilles de tabac. Enfin, on obtient une hémostase complète et la plaie guérit par granulation avec un peu de suppuration. N'a pas consulté de médecin alors.

Ceci se passait au mois d'avril 1898. Durant au-delà de cinq mois le malade n'éprouve aucun malaise de son membre lésé, mais depuis il ressent un peu de douleur et la jambe a notablement augmenté de volume.

Lors de son entrée ici on constate une différence très marquée entre les deux membres inférieurs. Pas de gêne dans les articulations. En appuyant la main un peu au-dessous du creux poplité on sent fortement les pulsations de l'artère. Avec le stéthoscope on entend un beau bruit de souffle sur presque toute la circonférence du membre et assez étendu le long de l'artère. Enfin, les symptômes sont ceux d'un anévrysme sacciforme assez volumineux de la partie inférieure de la poplitée.

Le traitement employé ici a été : immobilisation du membre dans l'extension au moyen d'un attelle postérieure en cuir s'étendant du talon jusqu'à la partie supérieure de la cuisse, puis un douce compression en commençant par le pied. Position élevée du membre. Après une quinzaine de jours, l'œdème étant disparu et le membre étant diminué de volume, le patient est renvoyé chez lui avec recommandation de continuer ce seul traitement.

En gynécologie nous avons eu deux cas de grossesse extra-utérine dont je vous parlerai dans une prochaine causerie.

1er Mars 1899.

NÉCROLOGIE.

Le Docteur DAVID MARSIL,

Conseiller Législatif.

C'est avec une douloureuse surprise que nous apprenions la mort de l'honorable Dr David Marsil, arrivée le 23 de janvier dernier, à sa résidence à St-Eustache.

C'est une des personnalités les plus marquantes du corps médical, non seulement de cette Province, mais aussi de tout le Canada, qui disparaît. Travailleur infatigable, et doué d'une vaste intelligence, le Dr Marsil laisse un nom qui passera à l'histoire. Si l'on considère le champ, relativement restreint, où il a pratiqué durant quarante années, on ne peut faire autrement que d'admirer cet homme énergique, considéré à juste titre, comme un des chirurgiens les plus habiles du pays. Assez éloigné des centres où l'enseignement de la médecine se donnait, le Dr Marsil, pour satisfaire ses aptitudes prononcées pour la chirurgie, n'avait pas craint d'établir chez lui une véritable salle d'anatomie pratique : aussi le corps humain n'avait pas de secrets pour lui.

Maniant aussi bien la plume que le scalpel, il a écrit plusieurs travaux très intéressants. Nos lecteurs ont certainement souvenance des pages remarquables publiées dans ce journal, sur le goître exophtalmique, et dues à la plume de M. le Dr Marsil. Plusieurs de ses ouvrages ont eu l'honneur de la reproduction, dans l'Encyclopédie Internationale de Chirurgie.

Est-il besoin de faire une mention de son patriotisme ?

Patriote sincère, et médecin éclairé ! ces quatre mots résument la vie de cet homme marquant. Il professait une vénération qui ne s'est jamais démentie, pour tous les braves qui ont combattu à l'ombre du clocher de St-Eustache, témoin des lettres mémorables de nos aïeux !

Le Dr Marsil était né à St-Thimothée, comté de Beauharnois, le 14 février 1835, du mariage de David Marsil, marchand, et de Joséphine Bergevin. Il fit son cours d'étude à Ste-Thérèse et à St-Hyacinthe ; il était reçu médecin en 1856. En 1863, il épousait Mlle. Philomène Paquin, de St-Eustache, où il a toujours pratiqué sa profession.

Il a occupé toutes les principales charges de sa paroisse. En 1888, il était appelé au Conseil Législatif, en reconnaissance des services qu'il avait rendus à son parti. Il a été membre du bureau médical de la Province de Québec pendant douze à quinze ans ; il faisait aussi parti de l'Association Médicale Canadienne.

Les funérailles ont eu lieu jeudi, le 26 janvier. Un concours immense des principales notabilités de tous les coins de la Province avait tenu à rendre un dernier témoignage d'amitié et d'admiration à ce grand patriote et à ce médecin de renom.