

## Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

Canadiana.org has attempted to obtain the best 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.

Canadiana.org 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:

Continuous pagination.

- 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.

# LA GAZETTE MÉDICALE DE MONTRÉAL

Revue Mensuelle de Médecine, de Chirurgie et des Sciences  
accessoires.

VOL. IV. MONTREAL, DECEMBRE 1890. No 12.

## TRAVAUX ORIGINAUX.

### **Dégénérescence Amyloïde du foie. (1)**

Par M. le Dr J. C. S. GAUTHIER, St Ephrem d'Upton.

Il y a quelque temps, j'avais sous mes soins un patient dont la maladie était intéressante à plusieurs points de vue. Aussi, désireux de faire part de mes observations aux lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE, j'ai cru devoir prendre note des différentes phases de la maladie.

Le sujet dont je veux m'occuper a été sous mes soins pendant six mois. Lorsque je le vis pour la première fois, il souffrait déjà de diarrhée depuis douze mois ; le gonflement de l'abdomen et les douleurs intestinales ont toujours existé à un degré très prononcé depuis deux années.

Cet homme n'est âgé que de 27 ans, est originaire du pays. Il a séjourné pendant 14 ans dans les Etats de la Nouvelle Angleterre. Son père est mort d'une maladie pulmonaire, à un âge assez avancé ; les recherches que j'ai faites me portent à croire que c'est la tuberculose qui l'a tué ; voilà pour la diathèse tuberculeuse, j'aurai occasion d'y revenir ultérieurement.

Il existe aussi une présomption de l'hérédité cancéreuse, sa grand-mère, qui vit encore, présente une excroissance cornée sur la figure. Depuis quelques années cette excroissance s'est transformé en un

(1) Travail lu à la Société Médicale de St-Hyacinthe.

vaste ulcère qui achève de couvrir la moitié de la face. J'ai moi-même, en Juin 1889, fait l'ablation d'un sein cancéreux à la sœur de son père ; cette femme est sous observation, il n'y a pas eu de récurrence. Ces deux faits que je viens de mentionner ont failli m'induire en erreur et me faire porter un pronostic beaucoup plus fâcheux. De prime abord je croyais avoir affaire à un cancer du foie, mais les signes physiques que l'examen externe m'a permis d'observer et la marche lente de la maladie ont vite chassé cette pensée de mon esprit. Cet homme est émacié, mais il n'a jamais pesé plus de 134 lbs et après deux années de maladie il pèse actuellement 128 lbs.

Son foie énorme, qui remplit presque entièrement la cavité abdominale, ne présente aucune bosselure ; il est d'une dureté remarquable, il est parfaitement lisse, uniformément hypertrophié et n'a jamais été douloureux. La cachéxie cancéreuse qui après deux ans devrait exister chez lui, manque absolument. Donc, il n'y a pas de carcinome, c'est évident.

La syphilis, ou l'abus des préparations mercurielles ne peuvent être la cause de la dégénérescence du foie de cet homme. Nous ne pouvons découvrir aucun signe des différentes périodes de cette affection ; son histoire est tout à fait négative.

Cet engorgement n'est l'effet de congestions, ni actives, ni passives ; il n'existe aucune obstruction au libre cours du sang, les valvules du cœur sont en ordre, malgré que notre malade ait été atteint de rhumatisme articulaire aiguë, en 1887. La douleur qui ne fait jamais défaut dans ces congestions de la glande hépatique, manque absolument ici. Cette douleur siège dans la région hépatique ; elle forme comme une ceinture à la base du thorax et s'irradie en divers points, en particulier dans l'épaule droite ; presque toujours il se développe aussi un léger degré d'ictère, caractérisé par la teinte subictérique des conjonctives et de la peau.

Le foie de cet homme occupe la plus grande partie de la cavité abdominale, son bord tranchant qui est régulier et que l'on isole facilement à travers le paroi abdominale amincie, descend jusqu'à deux ou trois travers de doigts de la crête de l'iléum ; le lobe gauche recouvre l'estomac dans sa totalité et se dirige jusque dans l'hypochondre gauche ; le poumon droit est refoulé et gêné dans ses fonctions. Quand le malade est dans le décubitus dorsal, les intestins sont poussés dans les régions iliaques et hypogastriques ; il existe un peu d'ascite. Les reins fonctionnent bien, l'urine est normale ; il n'y a pas d'albumine, ce qui me permet d'espérer que cette glande ne participe pas à la dégénérescence qui existe au foie. La sécrétion biliaire n'est pas troublée par cette maladie du parenchyme hépatique

jamais le malade n'a présenté la teinte ictérique et les selles sont colorées. L'appétit est assez bon, la digestion stomacale se fait bien, il n'y a jamais de vomissements, mais il y a de la diarrhée.

Ce malade n'est pas un alcoolique, il n'a jamais fait usage de boisson ; on ne peut pas non plus accuser l'impaludisme.

Un de mes estimables collègues a cru devoir attribuer cette tumeur du foie à la présence d'un kyste hydatique. Je ne puis partager cette opinion. Dans ce cas nous aurions une tumeur plus ou moins globuleuse ; une fluctation profonde nous indiquerait la présence d'un liquide et nous constaterions la crépitation propre aux échinocoques. Le foie ne serait pas aussi volumineux, pas aussi dur et donnerait une sensation d'élasticité ; l'hypertrophie au lieu de s'étendre à l'organe tout entier, serait limité à un des lobes, le gauche ou le droit, ou même aux deux à la fois mais d'une façon circonscrite à une partie de la glande. D'ailleurs une ponction exploratrice donnerait raison de cette hypothèse en outre qu'elle aurait un effet curatif ; mais je ne crois pas qu'il soit dans l'intérêt du malade de la tenter.

Cherchons maintenant si cet homme n'est pas sous l'influence d'une autre diathèse ; il tousse depuis cinq ou six mois, le bruit respiratoire est rude au sommet droit quoiqu'il n'y ait pas de matité bien prononcée, la transpiration est abondante la nuit, il expectore peu le matin, plutôt quelque fois la nuit ; on constate de l'amaigrissement. J'ai raison de croire qu'il existe des tubercules dans ses poumons, mais ce sont surtout les intestins et les glandes mésentériques que je crois affectés de tuberculose. Cette lésion du tube digestif et de ses annexes explique parfaitement cette dégénérescence du foie que je crois être du genre amyloïde.

Cet état de la glande hépatique est secondaire ; il n'y a que la dégénérescence amyloïde qui puisse produire une hypertrophie aussi considérable sans entraver les fonctions du foie. Cette lésion anatomique se rencontre le plus souvent chez les scrofuleux, les gens affectés de longues suppurations et les tuberculeux.

Nous avons bien aussi la dégénérescence graisseuse du foie, qui se rencontre souvent chez les phthisiques, mais elle n'est jamais accompagnée d'une augmentation aussi considérable du volume de l'organe ; elle cause si peu de gêne aux malades qu'elle se découvre rarement avant l'autopsie.

Nous pouvons de plus invoquer l'hérédité chez notre malade, puisque son père est mort de consommation, *du mal de meule*, comme dit le vulgaire.

Je n'ai donc pas le moindre doute que cet homme soit affecté de

dégénérescence amyloïde du foie, consécutive à la tuberculose intestinale.

#### AUTOPSIE.

Le cadavre était d'une maigreur extraordinaire. L'ascite était considérable et la cavité péritonéale contenait un seau et demi d'un liquide citronné. Le foie qui pesait huit livres et trois onces était d'une couleur pâle. Sa surface ne présentait aucune bosselure, son volume et sa consistance étaient considérablement augmentés, tout en ayant parfaitement conservé sa forme. Le tissu hépatique était homogène. A la section le parenchyme offrait une résistance remarquable. La glande était uniformément hypertrophiée, elle remplissait l'hypochondre droit, une grande partie de l'hypochondre gauche et descendait jusqu'à l'ombilic en recouvrant l'estomac et une partie des intestins. La rate pesait une livre et trois onces, le rein gauche huit onces, trois onces de plus que son congénère, ces deux organes présentant les mêmes lésions anatomiques que le foie. Les glandes mésentériques étaient tuméfiées, elles doubleraient et tripleraient leur volume ordinaire. Les veines présentaient une apparence variqueuse sur certaines parties des intestins, surtout celles dont la muqueuse paraissait infiltrée et ramollie. Le cœur et les poumons n'offraient rien de bien particulier. Le poumon droit était refoulé à la partie supérieure de la cage thoracique et présentait des adhérences pleurétiques. Cette lésion explique amplement la toux sans expectoration qui existait pendant la vie, surtout lorsque le malade était dans le décubitus dorsal.

#### **De l'Endométrite cervicale chronique.**

Par M. le Docteur MELVILLE E. DE LAVAL, Lake Linden, Mich.

*(Suite et fin.)*

#### TRAITEMENT.

On a préconisé dans l'affection dont nous parlons un grand nombre de traitements.

D'après Thomas (Mal. des femmes) comme l'on a à traiter une affection de la muqueuse utérine, muqueuse atteinte d'une inflammation sub-aiguë et chronique, le traitement doit être altérant.

Il faut de toute nécessité mettre la patiente à l'abri des causes de l'affection, car dans l'endométrite il faut considérer que très souvent l'état général de la santé est très mauvais et que non seulement la muqueuse utérine est atteinte d'une affection catarrhale, mais que très

souvent les membranes autres que celle de l'utérus sont affectées en même temps. Preuve l'état catarrhal des muqueuses gastrique, vésicale ou intestinale qu'on observe comme complication dans l'endométrite.

Il faut de toute nécessité corriger l'état catarrhal de ces différentes muqueuses si elles sont affectées et de plus ne pas négliger de promouvoir par tous les moyens thérapeutiques, la nutrition et veiller au bon fonctionnement de la digestion, etc.

Dans le traitement des affections utérines le traitement général est de rigueur; mais il l'est beaucoup plus dans le traitement de l'endométrite cervicale chronique; si l'on néglige cette partie importante de la médication on met en danger toute chance de succès.

Air pur, repos, toniques, analeptiques. s'il y a menace de phtisie, voyage sur la mer ou air des montagnes (c'est à-dire si la femme peut endurer les fatigues d'un déplacement) toniques végétaux et minéraux, Fer, combattre la constipation. Thomas conseille l'emploi de la préparation suivante.

Magnesiæ Sulfatis.....	ʒ ij
Ferri Sulfatis.....	gr. × × ×
Acid Sulfur dil.....	ʒ ½
Aquæ.....	℥ ijss

Sig. 1 once dans de l'eau froide le soir au coucher et le matin au lit.

Les acides minéraux comme l'acide nitro-muriatique dilué. Les préparations de fer comme le citrate de fer et de quinine; citrate de fer et d'ammonium. S'il y a des symptômes d'hystérie, le bromure de fer avec l'extrait solide de valériane et le camphre, les bromures de soude ou de lithium comme sédatifs.

Pour combattre les névralgies, les injections d'éther ou de chloroforme et celles d'antipyrine sont employées dans le traitement de la sciatique observée quelquefois chez les femmes atteintes d'endométrite.

Dans les névralgies affectant le trijumeau ou trifacial, l'hydrate de chloral ou ce qui m'a donné de meilleurs résultats, le chloral butyl ou croton chloral. Dans certains cas les pilules névropathiques de Brown Séquard sont d'une grande utilité. A ce sujet je ferai remarquer non seulement dans l'endométrite, mais aussi dans le traitement d'autres affections utérines l'usage de l'opium ou de ses alcaloïdes est contre-indiqué à moins de douleurs très sévères vu son action constipante et aussi parce qu'il y a toujours danger de créer l'habitude de la morphine ou morphinomanie.

J'ai employé dans les maux de tête dûs maux de tête utérins l'antipyridine et ce qui est mieux l'antifébrine ou une goutte d'une solution de nitro-glycérine ou glonoïne 4 p. 100.

Si on rencontre des troubles cardiaques dus bien souvent à l'état nerveux on peut donner la caféine ou l'extrait fluide de cactus grandiflorus ou autres stimulants cardiaques.

On observe souvent chez les femmes souffrant d'endométrite des troubles gastriques qui souvent influent beaucoup sur la guérison car la nutrition étant très altérée, il s'en suit que la guérison est beaucoup retardée.

Cet état gastrique est ordinairement précédé ou accompagné d'une affection catarrhale de la muqueuse gastrique.

L'*hydrastis canadensis* et ses alcaloïdes particulièrement le sulfate rendent de grands services dans cette affection, car l'action de l'*hydrastis* comme correctif n'a pas lieu seulement sur la muqueuse gastrique mais aussi sur la muqueuse utérine.

Je me sers souvent de la préparation suivante dans le cas de dyspepsie accompagnée de catarrhe avec fermentation gastrique.

R.

Pepsinæ puræ.....	5 ij
Acid nitro mur dil .....	5 ij
Acid carbolicæ .....	gtts ×
Extr. fl. <i>Hydrastis canadensis</i> .....	3 vj
Aquæ menthæ piperitæ ad .....	5 iv

Sig. Une cuillerée a ti é avant les repas.

Dans certaines conditions on peut y adjoindre l'arsenic et la strychnine.

La diète doit être généreuse et l'on doit recommander particulièrement les viandes rôties blanches.

#### TRAITEMENT LOCAL.

Les applications émollientes et les irrigations vaginales sont recommandées par Thomas. Ces irrigations doivent être aseptiques ou du moins il faut que l'eau ait bouilli pendant quelque temps afin de détruire tous les germes.

NOTA.—Au sujet des irrigations vaginales il faut que le liquide employé soit très chaud, car les irrigations tièdes n'ont aucune valeur et de plus leur action sur les tissus est toute différente. L'eau chaude cause la contraction des artères et par là diminue la congestion locale des tissus, l'eau tiède a peu ou pas d'effet sur les artérioles et l'eau froide cause la dilatation des artères.

Pour pratiquer l'irrigation on doit se servir d'un appareil à jet continu (Seringues Fontaines) et dont l'écoulement se fait lentement afin de tenir le plus longtemps possible les tissus en contact avec le liquide irrigateur. Les appareils à jet interrompu ne doivent pas être employés vu qu'il causent souvent des contractions utérines.

Pour que l'irrigation ait une action déplétive sur les tissus il faut qu'elle soit abondante et que la quantité du liquide irrigateur soit d'au moins de un à deux gallons.

J'ai parlé plus haut de faire bouillir l'eau servant aux irrigations pour cette raison que l'eau contient souvent des germes et d'après nos idées modernes sur l'antisepsie il faut absolument détruire tous les germes que l'eau peut contenir et l'on sait que presque tous sinon tous sont détruits à la température de l'eau bouillante.

On peut ajouter au liquide irrigateur le chlorure de sodium, le muriate d'ammonium, le bi-borate de sodium, l'acide borique et dans les cas où il existe une leucorrhée fétide, le permanganate de potassium. S'il est nécessaire d'exercer une action astringente, on peut se servir du sulfate d'aluminium (alun); au sujet de l'alun, il est bon de remarquer que dans les cas où le col utérin est dilaté, il peut arriver que quelques gouttes du liquide pénètrent dans la cavité utérine et donnent lieu à de fortes contractions. Pour prévenir cet accident on doit faire en sorte que la canule de l'irrigateur ne soit pas poussée trop loin et ne soit pas en contact immédiat avec le cervix utérin.

J'emploie souvent dans l'endométrite les irrigations avec une solution de 4 p. 100 de sulfate d'hydrastine ou de l'extrait fluide de *pinus canadensis* ou bien l'extrait fluide d'hamamelis. La listérine qui est une solution de thymol, gaulthéria et autres antiseptiques à une excellente action mais comme cette préparation est brevetée il répugne quelquefois au médecin de s'en servir. Je me sers des différentes irrigations suivant l'action que j'ai désiré obtenir sur le col ou sur la muqueuse vaginale ou la muqueuse cervicale dans les cas où il existe un ectropion des lèvres du col ou des érosions ou des lacérations du col.

Thomas préconise les irrigations laudanisées. Je préfère celles faites avec une solution de camphre phéniqué ou de boro glycérine ou dans les cas où il existe beaucoup de sensibilité locale, celles à l'hydrate de chloral. Quelques médecins font grand cas des irrigations au permanganate de potassium mais il faut faire attention que l'eau ne contienne pas de matières animales vu que le permanganate perd à leur contact son oxygène et devient inerte.

Les irrigations vaginales doivent être faites le matin avant le lever et le soir lorsque la femme est prête à se mettre au lit et durer au moins 20 à 30 minutes.

On pratique l'irrigation de cette manière. On couvre le lit d'une toile imperméable que l'on dispose en forme de gouttière afin de conduire le liquide dans un récipient disposé à cet effet.

On place la femme dans la position dorsale, le bassin plus élevé que la tête. On suspend le récipient contenant le liquide devant servir à l'irrigation à une hauteur ne devant pas dépasser 18 à 20 pouces plus haut que le lit, on introduit la canule de l'irrigateur dans le vagin et on règle l'écoulement du liquide de telle manière qu'il se fasse tranquillement et sans interruption. On doit s'il est possible se servir d'une canule de caoutchouc durci au lieu d'une canule en métal le premier étant mauvais conducteur ne s'échauffe pas comme le métal et ne cause pas de sensation de brûlure comme celui-ci.

On sera peut être surpris de voir que je traite longuement cette partie du traitement ; c'est parce qu'ordinairement on pratique fort mal les irrigations et qu'il est absolument nécessaire de les bien faire si on veut en obtenir de bons effets.

Quand le col utérin est dans un état d'hypérhémie intense, il est parfois nécessaire de pratiquer des scarifications, on se sert ordinairement du scarificateur de Builes et quelquefois pour aider la déplétion, du cylindre à ventouse.

Si la congestion n'est pas trop forte il est bien de faire de légers badigeonnages à la teinture d'iode ou des applications d'acide borique ou d'iodoforme et ensuite d'appliquer sur le col un tampon de coton absorbant trempé dans la glycérine et de maintenir ce tampon à l'aide d'autres tampons secs. Le tampon à la glycérine a pour effet de causer par osmose des sécrétions utérines ou comme d'autres le prétendent par hypersécrétion une déplétion du col utérin et de diminuer la congestion.

#### APPLICATIONS LOCALES AU CERVIX.

Thomas conseille de dilater le cervix si celui-ci n'est pas perméable chaque fois qu'il est nécessaire de faire des applications à la muqueuse cervicale et même à mon point de vue il est mieux de pratiquer la dilatation chaque fois car souvent la dilatation du col observée dans l'endométrite n'est qu'apparente et n'occupe pas tout le canal cervical, mais seulement la portion inférieure ou une partie seulement. Cette dilatation se fait à l'aide de tiges de laminaria, de tupelo, de tentes d'éponge ou ce qui est bien mieux de dilateur d'écorce d'ulmus (orme rouge, slippery elm) ces dilateurs doivent être aseptiques et introduits dans des conditions antiseptiques.

Quand la dilatation rapide du col à l'aide de dilateurs métalliques comme celui d'Elonger, Goodel ou autres, est pratiquée la patiente

doit être sous l'influence d'un anesthésique, ou toute fois les injections locales de cocaïne doivent précéder la dilatation mais ces injections ne m'ont pas donné de bons résultats.

Comme on a beaucoup discuté la valeur de la dilatation du col, avant de faire les applications au col ou a l'endométrium, je donnerai ici les opinions de quelques médecins.

T. J. Alloway, Montreal Medical Journal, dit qu'il est en faveur de la dilatation du col lente ou rapide, mais préfère la dilatation rapide.

Alexandre Duke, British Medical Journal, conseille la dilatation rapide.

Playfair de Londres, conseille la dilatation lente par les tiges de laminaria, de tupelo ou les tentes d'éponge.

Winkel conseille la dilatation, mais il est opposé aux scarifications du col.

Fritish conseille la dilatation rapide du col et est opposé à la dilatation du col avec les éponges et nous dit à ce sujet que l'éponge peut facilement dans les cas où il existerait un polype le déchirer et par là causer la septicémie, de plus que l'éponge cause une inflammation locale.

Nous voyons que l'on est à peu près fixé sur l'opportunité de la dilatation du col utérin et que l'on a le choix entre la dilatation lente et la dilatation rapide. moi j'aime mieux la dilatation rapide pour cette raison-ci dans une seule séance on peut dilater le col interne tandis que par la dilatation lente il faut prendre un temps précieux avant de dilater le col suffisamment pour permettre le traitement de l'affection.

Si la dilatation est faite dans des conditions purement aseptiques et que l'on a pas de complication des ovarites, salpingite, cellulites pulviennes, cette manœuvre n'est pas dangereuse mais si on a des foyers d'irritation dans les viscères voisins il vaut mieux attendre.

On doit après la dilatation, faire introduire dans le rectum un suppositoire d'opium et tenir la femme au lit pendant deux ou trois jours et veiller à la température et aux complications. De plus, la dilatation ne doit jamais être pratiquée au bureau comme le font quelques médecins, mais à la demeure.

La dilatation au col, dit Thomas, a pour but 1<sup>o</sup> de permettre l'application, sur l'endométrium des remèdes nécessaires.

2<sup>o</sup> De permettre l'écoulement des sécrétions utérines et cervicales.

3<sup>o</sup> De causer, par la pression exercée sur les parois du canal cervical, une altération de la membrane muqueuse. Dans le cas où il existe de la dégénérescence granuleuse la dilatation n'agit que mieux.

## APPLICATIONS A L'ENDOMÉTRITE CERVICALE.

Après que le cervix est dilaté, on doit le nettoyer à l'aide d'une sonde garnie de coton boraté et enlever le mucus adhérent au col et au canal cervical, ce mucus est très difficile à détacher étant d'une consistance très visqueuse on se sert quelquefois d'un jet d'eau chaude dirigé sur le col pour enlever le mucus ce qui nettoie plus facilement et permet en même temps d'examiner plus facilement l'état du col et la muqueuse cervicale.

## CAUTÉRISATION DU COL ET DE L'ENDOMÉTRIUM.

Thomas Winkel conseille la cautérisation du cervix mais dans le cas où il existe des végétations, il vaut mieux se servir de la curette aigüe avant de cautériser la muqueuse cervicale.

Lomor Alkill préconise la cautérisation par le nitrate d'argent.

Playfair conseille l'acide carbolique.

De Sinety conseille l'acide chromique.

N. B.—Il est bien de dire à ce sujet que quelquefois les applications d'acide chromique ont été suivies d'empoisonnement du sang mais les preuves de cet empoisonnement ne sont pas certaines car nous n'avons aucune statistique à ce sujet.

Thomas, Lawson Tait, et Talliofero, Shchoder de Testh sont tous en faveur de la cautérisation du cervix dans l'endométrite cervicale.

Paul F. Munde est opposé aux injections intra-utérines cautérisantes.

E. Rlond de St Rolon préconise le sulfate de cuivre.

Le professeur James P. White de Buffalo préconise l'iode. Dans ma pratique, j'aime mieux me servir de la teinture d'iode de Churchill.

Wilkens se sert de l'acide carbolique.

Cragen (*Essentials of Gynæcology*), 1890, enseigne que l'on doit cautériser l'endométriium cervical et commencer par la dilatation préalable et si la cautérisation n'amène pas la guérison, employer la curette il vante aussi les bons effets de l'iodo-phénol comme cautérisant.

Thomas dans son ouvrage sur les maladies des femmes, dit en parlant de la cautérisation de l'endométriium que les effets des escharotiques sur les membranes muqueuses utérine et cervicale sont de modifier profondément l'action morbide existante et de diminuer son intensité et d'en arrêter les progrès, et il emploie le nitrate d'argent (méthode de Lente) ou bien la teinture d'iode.

Comme on a pu le voir on emploie dans le traitement de l'endométrite cervicale un grand nombre d'agents cautérisateurs.

L'acide chromique, phénique, l'iodo-phénol, l'iode simple ou celle

de Churchill, le nitrate d'argent fondu, le sulfate de cuivre, le chlorure de zinc, l'acétate de plomb.

A tous ces agents, je préfère l'iodo-phénol comme causant moins de douleurs et donnant une eschare qui s'expulse plus facilement et causant moins de dangers.

Après chaque cautérisation, il faut appliquer un tampon de coton afin de protéger comme je l'ai déjà dit le vagin contre l'action du caustique employé.

#### CAUTÉRISATION ET CURETTAGE—DANGERS DE LA CAUTÉRISATION.

On a observé quelquefois après la cautérisation l'atrésie cervicale, dûe à la rétraction des tissus cicatriciels (atrésie traumatique du col). C'est pour cela que l'on ne se sert jamais du cautère actuel ou du nitrate de mercure acide.

C'est pour obvier à ces accidents que le père de la gynécologie en Amérique, le fameux Marion Sims préconisait l'acide chromique comme ne causant pas de contraction du col.

Un autre danger qui peut aussi exister, mais qui n'a jamais été étudié, c'est le danger de causer dans suite des changements dans les tissus par l'action des caustiques.

Ne pourrait-il pas arriver que ces tissus de nouvelle formation donneraient lieu à des néoplasmes, car souvent on a observé des maladies cancéreuses du col causées par des lacérations cervicales. Cette question devrait être étudiée.

#### MANIÈRE DE PRATIQUER LA CAUTÉRISATION DE L'ENDOMÉTRIUM.

Ayant placé la femme comme pour la dilatation, on pratique la dilatation du col si celle-ci ne l'a pas été déjà faite, on attire l'utérus en bas à l'aide du vulsellum ou pince à griffe on enlève à l'aide de la sonde utérine garnie de coton tout le mucus adhérent au col et à la muqueuse et ayant donné à cette sonde la courbure nécessaire (déjà trouvée à l'aide d'un stylet mou) on garnit cette sonde de coton absorbant ; (quelquefois on se sert d'un petit pinceau) que l'on trempe dans une solution du caustique choisi et l'on badigeonne et cautérise profondément le cervix et si c'est nécessaire la cavité utérine. Ceci fait, on irrigue avec de l'eau chaude le col utérin afin d'enlever l'excédent du caustique. Si l'on cautérise avec du nitrate d'argent, on devra se servir d'une solution de chlorure de sodium, afin de précipiter l'excédent, on essuie le col et le vagin et enfin on applique un tampon de coton absorbant sur le col afin de préserver le vagin de l'action du caustique.

On introduit ensuite dans le rectum un suppositoire d'opium et l'on

met au lit la femme, elle doit y rester au moins 3 à quatre jours. L'opium a pour effet d'éviter les contractions utérines et les accidents sympathiques au rectum ou à la vessie.

On ne doit jamais dilater le col ou cautériser l'endomètre au bureau, mais toujours à domicile, cette pratique de certains médecins doit être abandonnée comme très dangereuse, vu les accidents ultérieurs qui suivent cette manœuvre mais qu'il est impossible de prédire à l'avance.

Thomas nous dit que les crayons d'iodoforme ou de résorcine préconisés par le Dr Janes (N. Y. Medical Journal) peuvent dans certains cas remplacer les applications caustiques, mais après m'en être servi plusieurs fois j'en suis venu à l'opinion qu'ils ne donnent de résultats aussi satisfaisants que la cautérisation.

Fristish est opposé à l'usage des crayons médicamenteux vu qu'ils causent par leur présence dans la cavité utérine des contractions énergiques et sont ordinairement expulsés avant d'avoir produit aucun effet.

Ici, aux États-Unis, on bourre la cavité utérine, après avoir cautérisé, avec de la gaze à l'iodoforme qu'on laisse pendant plusieurs heures ; cette méthode a donné de bons résultats à quelques médecins.

On doit faire la cautérisation du cervix toutes les semaines jusqu'à ce que l'on ait obtenu les effets désirés, si on emploie le nitrate d'argent ou l'acide chromique on doit la pratiquer seulement toutes les deux ou trois semaines. De plus il faut que l'eschare soit détachée complètement de la cavité utérine et ait été expulsée.

Thomas employait aussi comme traitement de l'endométrite les éponges préparées et trempées dans une solution caustique et introduite dans la cavité utérine. Thomas ne les employait que dans certains cas et cette médication ne semble pas lui avoir donné de bien bons résultats.

On peut aussi se servir de suppositoires médicamenteux utérins.

Fristish s'oppose à cette médication pour les mêmes raisons données plus haut.

#### CURETTAGE.

Comme certains cas d'endométrite cervicale chronique ne sont rien de plus qu'une inflammation des glandes cervicales et que dans ces cas l'excision de ces glandes peut seule guérir la maladie, on doit exciser ces glandes le plus tôt possible et le meilleur moyen est de se servir de la curette. Une seule application de la curette n'est pas toujours suffisante, mais ordinairement deux ou trois applications détruisent les glandes et guérissent l'affection.

Peut-être me reprochera-t-on d'avoir passé sans les mentionner plusieurs modes de traitements mais comme je ne me suis occupé que de présenter à mes lecteurs que ce que j'ai jugé être nécessaire au point de vue pratique, je renverrai ceux qui desiront de plus amples détails aux auteurs qui traitent plus longuement de cette affection.

M. E. DE LAVALL, M.D., VICTORIA,

Officier de sante, Lake Linden.

## MEDECINE

HOPITAL DE LA CHARITE.—M. le professeur POFAIN.

### Des procédés de diagnostic.

Jusqu'ici, j'ai étudié avec vous les malades de nos salles qui présentaient des exemples typiques des différentes espèces pathologiques ; nous recherchions les caractères habituels de la maladie ou les quelques particularités qu'elle offrait ; je vous montrais ces malades comme des types, comme on montre une planche dans un livre. Sans doute, cette méthode est utile et précieuse, mais ce n'est pas là le but terminal de la clinique ; ce que vous devez chercher en clinique, c'est essayer, par l'étude des signes et des symptômes de coordonner les éléments d'un diagnostic et d'un pronostic et de trouver les indications d'un traitement.

Vous voyez la différence des deux méthodes : d'un côté, nous partions d'un diagnostic établi pour analyser les différents symptômes que présentait le malade, et rechercher chez lui les choses antérieurement décrites et déjà connues ; c'était une synthèse suivie d'une analyse plus ou moins complète ; de l'autre côté, on procède par analyse d'abord pour arriver ensuite à une synthèse générale.

Cette seconde méthode est plus compliquée : vous ignorez tout de votre malade ; il faut que, par l'ensemble des signes et des renseignements que vous recueillerez, vous arriviez au diagnostic supposé connu tout à l'heure.

L'étude des signes ou séméiologie, dont l'importance va grandissant tous les jours, ne nous arrêtera pas d'une façon spéciale ; bornée autrefois à des moyens d'exploration très restreints, elle fait chaque jour des emprunts de plus en plus considérables, soit à la chimie, soit à la physique soit au microscope ; elle devient de plus en plus compliquée ; c'est une science aujourd'hui très vaste à laquelle mes collaborateurs

vous initient ; j'aurai soin moi-même de vous en rappeler les principaux à propos de chaque malade.

Mais, alors que vous aurez appris la façon de recueillir les signes, il faudra connaître la valeur individuelle de chacun d'eux, valeur qui, vous le savez, n'a rien d'absolu ; car, en médecine, il n'existe aucun signe pathognomonique, aucun signe qui révèle complètement une maladie. La présence de l'acare chez un sujet, du bacille tuberculeux chez un autre, indique bien chez celui-là la gale, chez celui-ci la tuberculose ; mais ce ne sont pas là des indications suffisantes ; il reste encore un monde à parcourir avant d'avoir un diagnostic complet qui permette de porter un pronostic et d'instituer un traitement.

Quand nous sommes en possession des résultats que nous fournit la séméiotique chez un malade déterminé, il nous reste en effet à établir le diagnostic complet et c'est là la grosse difficulté.

N'y a-t-il pas une méthode qui permette d'arriver plus facilement, plus directement au but ? Etant donnée l'importance de la question, vous devinez facilement que plusieurs solutions ont été proposées.

Jadis on prenait pour un médecin habile, savant, disert, celui qui était capable au premier coup d'œil, sur le facies d'un malade et sur son habitus extérieur de poser un diagnostic. Sans doute, dans nombre de circonstances, toute personne qui a l'habitude de voir des malades peut, à simple vue, dire : cet individu est atteint de pneumonie, de fièvre typhoïde, ou de tuberculose ; les sœurs de nos hôpitaux, nos infirmiers, quand ils ont fait un long stage dans nos services, possèdent souvent cette science à un haut degré ; peut-on dire pour cela qu'ils sont bons médecins ? Non, certes, car le nom n'est pas tout dans la maladie ; ce qu'il faut bien connaître, ce sont tous les détails, c'est par l'étude de ces détails que l'on parvient à poser un diagnostic véritablement complet.

Mais laissons de côté le diagnostic à vue, et examinons les différentes méthodes ou plutôt les différents procédés plus généralement employés par les gens qui étudient sérieusement.

Les uns essaient au premier coup d'œil de se faire une idée de la maladie ; puis partant de cette première idée, ils procèdent à la recherche des symptômes ordinaires de la maladie supposée. C'est un procédé rapide, et quand on possède des notions assez complètes de pathologie, on arrive facilement à la constatation de tous les symptômes ; en somme, dans les cas simples, il suffit. Un individu jeune a le facies coloré, il présente de la dyspnée, ses crachats sont rouillés, vous reconnaissez immédiatement une pneumonie ; il ne vous reste plus qu'à apprécier le siège et l'étendue de cette pneumonie ; vous connaissez la marche habituelle de cette affection, vous possédez ainsi à peu près

tous les éléments du diagnostic et du pronostic et vous pouvez instituer votre traitement. Si ce procédé peut à la rigueur suffire dans les cas simples, pour les faits complexes il est sage d'y renoncer, car on risque de se fourvoyer, on est obligé de chercher une autre voie, il faut essayer des chemins divers avant d'arriver à un résultat qui reste toujours indécis et souvent mauvais.

Un autre procédé consiste à examiner successivement tous les organes *a capite ad colum* comme disait Rostan ; ce procédé applicable peut-être quand les moyens d'investigation étaient très limités et peu compliqués, serait aujourd'hui absolument impraticable, à moins de consacrer à l'examen de chaque malade vingt quatre heures et plus, ce qui serait fastidieux pour vous et pénible pour vos malades. Tous ces procédés sont mauvais ; chacun d'eux a ses avantages, mais, employé exclusivement, il présente de graves inconvénients ; la meilleure conduite à tenir consiste à les fusionner, à les combiner et à adopter ce que j'ai appelé le procédé analytique progressif.

Sans doute il ne faut pas négliger les renseignements que peut procurer un premier examen rapide du malade ; un facies rouge, un pouls rapide, la peau chaude vous permettent immédiatement de reconnaître que vous avez affaire à une maladie aiguë ; si vous constatez de la dyspnée, de l'œdème, ou de l'ascite, vous pensez immédiatement à une affection pulmonaire, cardiaque ou abdominale ; quelques indices suffisent pour vous faire soupçonner rapidement le siège, et après quelques mots d'interrogation sur l'époque du début de la maladie et les symptômes principaux qu'elle a présentés, vous êtes déjà fort éclairés, vous avez une idée générale, vos investigations vont se limiter à une certaine catégorie d'affections.

La conduite la plus sage consiste alors à interroger le malade sur ses antécédents héréditaires et personnels, qui peuvent avoir une grosse importance, et à vous enquerir en même temps de l'évolution antérieure de l'affection. Les notions que vous avez acquises par votre premier examen vous permettront de diriger utilement le malade dans cet interrogatoire ; il faut que vous le dirigiez, et c'est là un point délicat, si vous voulez éviter de dicter vous-mêmes les réponses à votre malade ; c'est là un écueil dans lequel on tombe souvent et contre lequel il faut se prémunir.

Cet interrogatoire terminé, reste à faire l'examen des organes ; je n'insiste pas sur la façon dont cet examen doit être fait. Vous appréciez chaque symptôme, et, en procédant par éliminations successives, vous finissez par découvrir une maladie unique, à laquelle l'ensemble des symptômes que vous avez recueillis semble convenir.

Vous pouvez enfin formuler un nom de maladie ; mais ne l'oubliez

pas, un nom ne constitue pas un diagnostic, et c'est ici que les véritables difficultés commencent. Chez un individu jeune qui ne présente aucune tare, quand vous avez fait le diagnostic de pleurésie, si vous n'avez constaté aucune perturbation notable dans aucun organe autre que la plèvre, il vous reste peu de chose à faire ; appréciez l'intensité du mouvement fébrile, la quantité de l'épanchement ou la largeur de la zone de frottements, votre diagnostic est à peu près complet, vous avez tous les éléments nécessaires pour établir un pronostic et un traitement. Quand il s'agit de maladies chroniques, le problème est beaucoup plus complexe ; la plupart du temps, plusieurs organes sont affectés, on constate des troubles fonctionnels multiples, les uns qui sont ajoutés, les autres qui sont des conséquences plus ou moins éloignées de la maladie primitive. Le diagnostic dans ces circonstances est souvent difficile, et des médecins également habiles différeront souvent d'opinion. suivant qu'ils examineront les mêmes symptômes sous des faces diverses, et à des points de vue différents. Il faut souvent une certaine habileté pour les mettre d'accord : c'est alors qu'il est bon d'utiliser le précepte de Pascal et de se rappeler que le meilleur moyen de convaincre un contradicteur, est d'abord de lui accorder ce qu'il a de vrai dans son opinion pour mieux le disposer ensuite à admettre quelques légères différences, qui sont parfois fondamentalee.

Comment faut-il aborder l'étude de ces faits complexes ? c'est surtout en considérant certaines associations de symptômes que l'on retrouve dans nombre de maladies et qu'on appelle les éléments morbides. Les éléments morbides sont pour le clinicien ce que sont pour les chimistes les radicaux composés. Vous savez qu'en chimie organique, en dehors des éléments qui composent un corps donné, il y a à tenir compte de la façon dont ces éléments sont groupés ; il y a certains groupements spéciaux qu'on retrouve identiques à eux-mêmes dans nombre de corps organiques ; c'est ce que l'on appelle les radicaux composés ; nous aussi nous avons nos radicaux composés, conséquents les uns des autres et se reproduisant sous des formes identiques.

Les éléments morbides comportent un grand nombre de variétés et d'espèces. Il en est d'ordre purement fonctionnel ; c'est de cette façon que l'on considère habituellement la relation qui existe entre la migraine et les troubles gastriques, quoiqu'au fond le phénomène soit plus complexe ; les vomissements que vous observez chez une jeune phthisique couchée au n<sup>o</sup> 11 de notre salle des femmes et que nous attribuons à une compression du pneumogastrique par un ganglion tuberculeux, sont de même ordre.

Dans le cas présent, les vomissements dus à une compression du

pneumogastrique ; d'autres fois, ils sont d'origine mécanique, ils sont consécutifs aux quintes fréquentes de toux et aux secousses du diaphragme qui en résultent ; d'autres fois enfin, il faut les attribuer à une lésion de la muqueuse, non pas à une lésion tuberculeuse proprement dite, ces lésions sont rares au niveau de l'estomac, mais à de petites ulcérations ou à une gastrite. Vous voyez combien ce symptôme, vomissement, pourra avoir de valeurs différentes suivant les circonstances et combien différent devra être le traitement dans ces divers cas ; ce seul exemple suffit à vous montrer toute l'importance de l'étude des éléments morbides.

Je pourrais peut-être aussi vous parler des diverses combinaisons des lésions anatomiques ou des lésions humorales, mais je ne veux pas m'y arrêter aujourd'hui. Il y a un autre élément dont il faut tenir compte, c'est l'élément étiologique ; certaines conditions étiologiques font partie pour ainsi dire de la maladie, elles persistent pendant l'évolution de l'affection ; les intoxications par exemples rentrent dans cette catégorie ; l'intoxication saturnine persiste alors qu'elle a déjà manifesté ses effets, et il en est ainsi de certaines maladies infectieuses, les maladies à pneumocoques en particulier.

Si les éléments morbides étaient toujours associés de la même façon, il serait presque inutile de les étudier à part ; il s'en faut de beaucoup qu'il en soit ainsi, et les combinaisons sont très variées. D'abord, il y a des associations régulières, normales, habituelles, que l'on trouve dans le plus grand nombre des cas de maladies aiguës et primitives simples ; dans une pneumonie, on retrouve toujours un groupe de troubles fonctionnels à peu près les mêmes. Là, l'étude est simple ; mais il peut se présenter d'autres cas, avec des associations d'éléments divers réunis, soit par une origine commune ou pouvant s'expliquer par une pathogénèse réciproque ; le problème devient alors plus complexe. La fièvre typhoïde donne habituellement des troubles gastro-intestinaux avec retentissement fébrile plus ou moins marqué : chez certains sujets, particulièrement prédisposés, ayant eu autrefois un catarrhe des voies biliaires, ou des calculs, la fièvre typhoïde détermine, dans la vésicule, des ulcérations comparables à celles de l'intestin ; elle amène une cholécystite avec toutes ses conséquences spéciales ; voilà un élément nouveau, il est bien déterminé par la maladie primitive, mais c'est un élément exceptionnel.

Parfois on trouve les éléments réunis d'une façon tout à fait accidentel ; un sujet convalescent de fièvre typhoïde est pris de pneumonie, on ne peut pas affirmer que la fièvre typhoïde soit complètement étrangère à la production de la pneumonie, mais ce n'est pas elle qui la fait naître. Il y a des circonstances, au contraire, dans lesquelles la fièvre

typhoïde est elle-même cause de pneumonie ; c'est même la pneumonie qui marque le début de la maladie. puis cette pneumonie terminée, l'affection continue à évoluer comme une fièvre typhoïde ordinaire. Il existe une grande différence, au point de vue du pronostic, entre ces deux variétés de pneumonie ; la première est presque toujours fatale ; la seconde est rarement sérieuse comme pneumonie, ce qui ne signifie pas que la période ultérieure de la maladie, celle qui évolue comme une fièvre typhoïde ordinaire, soit complètement exempte de danger.

Les mêmes faits peuvent donc se présenter avec des conséquences différentes. Il faut se rappeler aussi que plusieurs affections sont pathogénétiques et déterminent d'autres maladies avec des éléments nouveau. Quelques-uns agissent par propagation ; ainsi s'explique la pleurésie consécutive à la pneumonie, ou à une péritonite de la région supérieure de l'abdomen ; d'autres fois il n'y a pas transmission par continuité directe : la transmission se fait à distance par voie sympathique, soit directe, soit indirecte ; de là deux variétés importantes d'éléments morbides à étudier.

Certains organes ont des relations habituelles dans leur fonctionnement ; les affections de l'un retentissent directement sur l'autre ; c'est la sympathie directe. Ainsi s'expliquent les fluxions du rein consécutives aux affections utérines, de même aussi certaines congestions pleuro-pulmonaires qui accompagnent les inflammations péri-ovariennes.

La relation est importante à connaître parce que, pour être véritablement efficace, le traitement devra être dirigé du côté de l'organe primitivement atteint.

L'estomac peut, lui aussi, être le point de départ d'irradiations sympathiques qui occasionnent soit les migraines, soit les troubles circulatoires avec palpitations et irrégularités du pouls quand l'excitation est transmise directement par le pneumogastrique.

A côté des sympathies directes, on peut observer des sympathies indirectes, celles-ci sont un peu plus complexes. Les troubles gastriques, au lieu de retentir directement sur le cœur, peuvent déterminer des troubles circulatoires par un mécanisme différent. L'excitation se transmet par le sympathique aux poumons, d'où spasmes des capillaires pulmonaires, rétrécissement du champ de la petite circulation, cyanose, dilatation du cœur droit se traduisant par de l'essoufflement, des palpitations et même des douleurs le long du bras gauche comme dans l'angine de poitrine. Cette analyse n'est pas sans intérêt, car lorsque les symptômes gastriques ont disparu, les troubles du côté du cœur disparaissent à leur tour comme par enchantement. Vous comprenez combien les cas de ce genre peuvent être interprétés différemment, suivant le point de vue auquel on les considère.

Ajoutons encore que certaines maladies sont susceptibles de créer des causes pathogéniques. La trombose qui se manifeste par un cordon dur et douloureux le long d'un vaisseau et par un œdème plus ou moins considérable, peut, en dehors de ses symptômes ordinaires, être cause d'embolies qui se traduisent par des accidents plus ou moins graves. Ici la relation est simple ; mais parfois elle est facile à saisir ; on voit moins immédiatement, par exemple, comment la bronchite chronique peut être cause d'accidents très éloignés, comme la gangrène du cerveau. Voici par quel mécanisme : la bronchite chronique amène la dilatation des bronches ; quand celle-ci a duré un certain temps on peut voir chez quelques sujets survenir la sphacèle de la muqueuse ; les vésicules sont atteintes, il se forme dans leur intérieur un coagulum septique qui, se détachant, va finalement se loger dans le cerveau et donner naissance à un foyer gangréneux ; c'est d'ailleurs une des rares causes de gangrène de l'encéphale.

Un dernier élément, qui a une très grosse importance, c'est cette insuffisance fonctionnelle relative des organes à laquelle on donne le nom de myopragie, état spécial dans lequel les organes capables d'accomplir un travail modéré deviennent insuffisants quand on leur réclame un fonctionnement plus actif. En tenant compte de cette myopragie, on arrive souvent à déplacer le siège et l'origine des accidents pathologiques auxquels on assiste. Vous voyez un malade atteint de pneumonie infectieuse, ou plutôt de pneumonie maligne, car aujourd'hui toutes les pneumonies sont infectieuses ; il peut se faire que la pneumonie soit normale quant à sa nature, les accidents graves sont dus à des lésions anciennes d'un organe autre que le poumon, le rein par exemple. Chez les vieillards, le rein est souvent rétracté ; il suffit encore pour les besoins de la vie ordinaire, mais le jour où les éliminations devront être plus importantes, ce rein restera au-dessous de sa tâche, les déchets s'accumuleront dans l'organisme et amèneront une aggravation de l'état général. Vous voyez l'indication qui résulte de cette constatation ; l'état est grave non à cause du poumon mais à cause du rein ; c'est le rein qui doit vous préoccuper.

Les faits de ce genre fourmillent. Une femme jeune, atteinte de rétrécissement mitral pur, ne présente pendant longtemps d'autres troubles que ceux anémie légère, d'une chlorose ; survienne une grossesse, le cœur devient insuffisant, il en résulte des accidents graves.

De même, les individus atteints d'artérite de l'origine de l'aorte peuvent, pendant longtemps, n'éprouver aucun malaise, jusqu'au jour où à la suite d'un effort, d'une marche rapide, le cœur ne se trouve plus un afflux sanguin suffisant pour l'irrigation de ses éléments et l'élimi-

nation des déchets provenant de la contraction ; il est intoxiqué, asphyxié, la mort peut parfois survenir dans ces circonstances.

Un dernier exemple concernant l'athérome des vaisseaux de la base du crâne, que l'on observe si fréquemment chez les vieillards. Vulpian, qui avait étudié les accidents qui accompagnent cet athérome, avait cru devoir les rattacher à l'anémie cérébrale ; aussi proposait-il, pour les combattre, de provoquer vers le cerveau un afflux sanguin plus considérable ; c'était une erreur ; pratiquement, ces vieillards se trouvent bien mieux au contraire de ce qui diminue l'afflux du sang au cerveau ; c'est qu'en effet, les accidents observés chez eux sont dus à une véritable congestion. Pour un fonctionnement modéré de l'organe, le sang fourni par les vaisseaux rétrécis en état de myopragie est suffisant, mais qu'une suractivité quelconque soit nécessaire, les capillaires du cerveau entier vont se laisser distendre, les parties irriguées par les artères rétrécies recevant moins de sang, seront congestionnées en retour, par le sang arrivant dans les régions voisines irriguées par des vaisseaux normaux, et c'est en modérant cette congestion, que l'on fera disparaître les accidents.

Vous voyez les différences qui peuvent résulter, au point de vue des indications, suivant la façon d'apprécier les divers éléments morbides ; il ne s'agit pas là de simples vues de l'esprit, ce sont des faits qui ont une grosse importance pratique, une importance essentielle pour la constitution d'un bon pronostic et d'un bon traitement ce qui, en somme, est le but de la médecine.

### **Le traitement de la Tuberculose.**

(Par le professeur ROBERT KOCH.)

On sait que M. le professeur Koch vient de publier dans une édition spéciale du *Deutsche medicinische Wochenschrift*, un article sur son nouveau mode du traitement de la tuberculose, article qui a produit une immense sensation. Nous allons en reproduire les parties principales, d'après une traduction insérée dans l'avant dernier numéro du *Bulletin Médical* :

Après avoir rappelé sa communication au Congrès international de médecine, M. Koch déclare qu'il ne peut faire connaître la composition du remède qu'il emploie.

Ce remède, dit-il, consiste en un liquide clair, brunâtre, qui se conserve facilement. Pour l'employer il faut l'étendre d'eau, mais une fois dilué il ne se conserve pas si les solutions ont été faites avec de l'eau distillée. Il s'y développe, en effet, rapidement des bactéries qui le troublent et rendent son emploi impossible.

Pour obvier à cet inconvénient, il faut stériliser les dilutions par la chaleur et les conserver dans les flacons bouchés à la ouate, ou, ce qui est plus commode, faire ces dilutions avec une solution d'acide phénique à 0,5 p. 100.

Pris par l'estomac le médicament n'agit pas. Il faut l'injecter sous la peau pour obtenir un effet.

Après quelques tentatives sur diverses régions, j'ai choisi pour point d'inoculation la peau du dos entre les omoplates et dans la région lombaire, parce que les injections en ces points déterminent une réaction locale très faible et sont presque indolores.

Pour ce qui est de l'action du médicament sur l'homme, j'ai remarqué dès le début de mes expériences que l'homme représente un réactif incomparablement plus sensible que le cochon d'Inde. C'est une nouvelle confirmation de cette règle qu'il ne faut pas, en expérimentation, conclure d'un résultat obtenu chez l'animal à ce qui se passerait chez l'homme.

Les symptômes que produit cette injection de 0 cc, 23, je les ai éprouvés sur moi-même m'étant fait une injection au bras. Les voici en peu de mots :

Trois ou quatre heures après l'injection, surviennent des tiraillements dans les membres, de la lassitude, des envies de tousser, de l'oppression, qui s'accroissent rapidement. Au bout de cinq heures j'ai eu un grand frisson d'une violence extraordinaire qui a duré près d'une heure. En même temps j'avais des nausées, des vomissements ; ma température monta à 39°6. Au bout de douze heures environ tous ces accidents s'atténuèrent ; la température tomba et revint à la normale le lendemain. La lourdeur des membres et la lassitude persistèrent quelques jours encore ; le point d'inoculation resta un peu douloureux et rouge pendant le même temps.

La dose au-dessous de laquelle le médicament est sans action sur l'homme sain est un centième de centimètre cube ; c'est la quantité contenu dans une seringue de Pravaz, de la capacité d'un gramme et remplie d'une solution au centième. Presque tous les sujets ont encore à cette dose de légères douleurs des membres et une lassitude qui dure quelque temps. Chez quelques-uns on peut même observer une légère élévation de température allant à 38° et même un peu plus haut.

Quoique la dose supportée par l'homme soit, proportionnellement à son poids, considérablement plus faible que pour le cobaye, les effets produits chez l'un et chez l'autre sont assez semblables.

Le plus remarquable, c'est l'action spécifique du remède contre les *pro-cessus tuberculeux*.

Comme nous l'avons dit, l'homme saint réagit à peine, et très faiblement, à une dose de 0 cc 01.

Un malade quelconque, non tuberculeux, n'éprouve rien de plus que l'homme sain. Mais chez un tuberculeux, c'est bien différent. Si on lui injecte cette même dose d'un centième de centimètre cube, il se produit une vive réaction, à la fois générale et locale. (Nous avons injecté à des enfants de trois à cinq ans le dixième de cette dose, c'est-à-dire un millième de centimètre cube ; chez ceux qui étaient trop faibles, nous n'avons même injecté qu'un demi millième. Nous avons obtenu ainsi une réaction vive, mais non inquiétante.)

La réaction générale consiste en un accès de fièvre, qui débute ordinairement par un gros frisson. La température dépasse 39° ; elle atteint 40° et même 41°. Simultanément, apparaissent des douleurs musculaires, des efforts de toux, un grand accablement, fréquemment des nausées et des vomissements. Parfois, il se produit une légère teinte ictérique ; dans quelques cas on observe un exanthème rubéoliforme à la poitrine et au cou. L'accès de fièvre commence en général quatre ou cinq heures après l'injection, et dure de douze à quinze heures. Il est exceptionnel qu'il débute plus tard ; dans ce cas, son intensité est moindre. Les malades semblent supporter remarquablement bien cet accès ; dès qu'il est passé, ils se sentent comparativement bien, et ordinairement mieux qu'avant son apparition.

Quant à la réaction locale, elle s'étudie plus facilement chez les malades qui ont une tuberculose extérieure, accessible aux regards, en particulier chez ceux qui ont un lupus. On voit alors se produire des phénomènes qui démontrent à l'évidence l'action spécifique antituberculeuse du remède. Quelques heures après l'injection faite dans le dos, c'est-à-dire en un point fort éloigné de la face, si elle est le siège du lupus, les modifications commencent à se montrer. Les points atteints de lupus se gonflent et rougissent, même avant le début de fièvre. Cette rougeur et ce gonflement augmentent progressivement et deviennent considérables. Les foyers lupiques présentent souvent un gonflement énorme et prennent une teinte d'un rouge brun. Tout autour se forme une aréole blanche, large d'environ un centimètre, et cette aréole est elle-même entourée d'une zone d'un rouge vif.

Quand la fièvre est tombée, le gonflement des régions lupiques diminue progressivement et disparaît au bout de deux ou trois jours. Pendant ce temps les foyers se recouvrent de croûtes de sérum exsudé et desséché au contact de l'air. Ces croûtes se transforment en croûtes épaisses, qui se détachent au bout de deux à trois semaines, laissant à nu, même après une seule injection, une cicatrice lisse et rosée. Habituellement, il faut faire plus tard de nouvelles injections-

pour amener la guérison complète d'un lupus. Ce qui est remarquable, c'est que ces phénomènes sont exactement limités aux régions lupiques. Les plus petits tubercules lupeux, ceux par exemple qui sont cachés dans une cicatrice, décèlent leur présence sous l'influence de l'injection ; par contre, les cicatrices qui ne contiennent plus de tubercules lupiques ne donnent lieu à aucune réaction.

L'observation d'un sujet lupique traité par mon procédé est tellement instructive, et démontre si bien son action spécifique, que tout médecin qui désirera l'essayer fera bien de tenter autant que possible ses premiers essais sur des lupiques.

Les phénomènes réactionnels sont moins frappants, mais encore assez nets, si l'on veut traiter des tuberculoses ganglionnaires, osseuses ou articulaires. Dans ces cas, on voit un gonflement et une rougeur au niveau de la peau ; en même temps le tissu malade devient douloureux.

Pour les organes internes, le poumon par exemple, la réaction ne peut être constatée par la vue. On peut néanmoins accepter comme preuve d'une réaction locale, l'exagération de la toux et de l'expectoration des phisiques après la première injection. Chez eux, ce qui frappe le plus, c'est la réaction générale. On peut admettre qu'il se produit dans leurs poumons, la même série de phénomènes réactionnels que l'on a pu observer dans le lupus.

Ces phénomènes réactionnels se sont toujours rencontrés, sans exception jusqu'ici, à la dose d'un centième de centimètre cube, lorsqu'il existait un processus tuberculeux en un point quelconque du corps. Aussi je ne crois pas exagérer en disant que mon remède constituera dans l'avenir un *procédé de diagnostic indispensable*.

Mais l'action curatrice du médicament est bien plus importante que sa valeur diagnostique.

Dans la description de la réaction produite sous l'influence de l'injection au niveau des foyers lupiques, j'ai dit qu'après la disparition du gonflement et de la rougeur, le lupus ne reprend pas son aspect primitif. Il est plus ou moins détruit et disparaît. Sur certains points, on voit, à la suite d'une injection suffisante, le tissu morbide se mortifier immédiatement et s'éliminer comme une eschare. En d'autres points on observe plutôt une diminution, une sorte de résorption du tissu, qui, pour être complète, nécessite de nouvelles injections.

Comment se termine ce processus réparateur ? je ne puis le dire actuellement n'ayant pas eu l'occasion de faire d'examen histologiques. Cependant il est certain que mon médicament ne tue pas les bacilles contenus dans les tissus malades, mais que c'est sur le tissu malade qu'il agit. Le gonflement et la rougeur indiquent qu'il s'y

produit des troubles considérables de la circulation et des modifications profondes de la nutrition, qui amènent plus ou moins vite et plus ou moins profondément la mort du tissu, suivant qu'on applique le traitement d'une façon plus ou moins intensive.

Le médicament tue donc, non pas le bacille, mais le tissu tuberculeux. On peut par suite préciser les conditions dans lesquelles il agit. Il modifie le tissu dans lequel se passe une évolution bacillaire actuelle. Il est sans action sur les résidus nécrotiques, tels que masses caséuses et séquestres osseux ; il n'agit plus sur les tissus qu'il a déjà mortifiés. Dans ces masses mortifiées, peuvent se trouver des bacilles qui continuent à vivre. Ces bacilles peuvent être expulsés au dehors en même temps que ces tissus morts, mais si ces tissus ne sont pas eux-mêmes éliminés, les bacilles peuvent pénétrer dans des tissus vivants au voisinage.

Ce mode d'action du remède est important à connaître, pour en retirer tous ses effets curateurs. Dès que le tissu tuberculeux sera mort, il faudra chercher à l'éliminer au plus tôt, au besoin par une opération chirurgicale. Quand on sera obligé d'attendre une élimination spontanée, forcément assez lente, il faudra renouveler les injections, pour protéger les tissus vivants, contre l'invasion possible des parasites.

Par suite de cette mortification portant exclusivement sur le tissu vivant, on comprend qu'on peut employer le remède à doses rapidement croissantes. On peut en effet, en trois semaines arriver à injecter une dose cinq cents fois plus grande que la dose initiale. On ne peut pas dans ce cas admettre une accoutumance du malade à l'égard du remède, car aucun autre médicament ne produirait une tolérance aussi rapide. Je crois pouvoir expliquer ainsi ce fait d'observation. Au début le tissu tuberculeux vivant à un volume considérable, une faible dose de la substance active suffit à provoquer une réaction intense. A la suite de chaque injection, une certaine partie du tissu capable de réagir se mortifie, et il faut augmenter les doses pour obtenir une réaction aussi vive. Néanmoins il doit se produire une certaine accoutumance.

Quand un tuberculeux, traité avec des doses croissantes, ne réagit pas plus qu'un individu sain, on doit conclure que tout le tissu tuberculeux capable de réaction est mortifié. Mais il faut encore lui faire de nouvelles injections jusqu'à ce qu'il ait éliminé tous ses bacilles. Il faut encore élever les doses, mais d'une façon lente, et continuer le traitement avec quelques intermittences.

L'avenir nous apprendra si cette interprétation et ces conséquences qui en découlent sont exactes. Elles m'ont provisoirement servi à

déterminer pour la médication le mode d'emploi suivant, auquel j'ai eu recours dans mes recherches.

Les malades atteints de tuberculose pulmonaire prononcée sont notablement plus susceptibles à l'égard du médicament que ceux qui sont atteints d'affections chirurgicales de nature tuberculeuse. Après avoir tout d'abord employé chez les phtisiques une dose d'un centième de centimètre cube, nous avons reconnu que généralement les phtisiques réagissaient énergiquement vis-à-vis d'une dose de deux et même d'un millième de centimètre cube. Mais on peut plus ou moins rapidement augmenter la dose, pour atteindre le chiffre que supportent les autres malades.

Voici la règle que nous avons suivie : nous avons injecté aux phtisiques une dose initiale de un millième de centimètre cube ; lorsqu'elle causait une élévation de température, nous avons chaque jour répété la même injection, jusqu'à ce qu'elle ne produisit plus aucune réaction. Alors seulement nous sommes montés à deux millièmes de centimètre cube, jusqu'à ce que cette quantité fût supportée sans donner lieu à une réaction. Ensuite, nous augmentions peu à peu d'un ou parfois de deux millièmes, jusqu'à atteindre un centième de centimètre cube et plus. Cette marche prudente nous a paru surtout indiquée chez les malades dont l'état des forces était médiocre.

Lorsqu'on procède de la sorte, on réussit aisément à faire supporter de très hautes doses du médicament, et cela presque sans que le malade ait de la fièvre et des troubles notables. Quelques phtisiques, moins affaiblis, ont été traités, les uns par de fortes doses d'emblée, les autres, par des doses plus rapidement croissantes que celles ci-dessus. Il nous a semblé que les résultats heureux étaient alors plus rapidement obtenus.

En général, voici comment se manifeste l'action du médicament chez les phtisiques. Il est habituel de voir la toux et l'expectoration s'accroître à la suite des premières injections ; puis ces symptômes s'atténuent graduellement, pour disparaître enfin d'une manière complète dans les cas favorables. L'expectoration perd aussi son caractère purulent pour devenir muqueuse.

Les malades qui ont servi à cette expérimentation, présentaient tous des bacilles dans les crachats. Généralement le nombre des bacilles commençait à décroître dès que l'expectoration avait pris un aspect muqueux. On les a vu disparaître parfois totalement, mais reparaitre de temps en temps, jusqu'à ce que l'expectoration fut complètement tarie. En même temps, les sueurs nocturnes disparaissaient, l'aspect extérieur des malades s'améliorait, ils augmentaient de poids.

Les malades qui furent traités au début de la phtisie, ont vu tous

les symptômes morbides disparaître dans l'espace de quatre à six semaines en moyenne. Ils paraissaient, au bout de ce temps, tout à fait guéris. Seuls, les phthisiques porteurs de grandes et nombreuses cavernes, n'ont eu aucune amélioration objective ; cependant chez eux aussi l'expectoration est devenue moins abondante et ils se sentaient en meilleur état.

De ces expériences, je puis conclure que l'on guérit d'une manière certaine la phthisie commençante, à l'aide du médicament.

Il faut toutefois remarquer que les expériences en question n'ont pas encore démontré que la guérison fut définitive, et qu'elles n'ont pas encore pu le faire. Il est évident que la récurrence n'est pas écartée d'une manière absolue ; mais on peut croire qu'elle serait aussi facilement et aussi rapidement guérie que la première atteinte. D'autre part, il est possible que l'immunité soit durable, comme on peut l'espérer par analogie avec d'autres maladies infectieuses. C'est là une question qui n'est pas encore résolue. Les cas dont le traitement n'est pas encore aussi avancé promettent les mêmes résultats.

Mais les phthisiques porteurs de grandes cavernes, chez lesquels il existe des complications, résultant par exemple de la pénétration d'autres microorganismes pyogènes dans les cavernes, ou des lésions incurables d'autres organes, etc., ne retirent qu'exceptionnellement un avantage de quelque durée de l'emploi de la médication. Cependant, dans la plupart des cas, ces malades sont améliorés. Il faut en conclure que, chez eux aussi, la médication agit comme chez les autres ; ce qui fait habituellement défaut, c'est, par suite des processus pyogènes secondaires, la possibilité d'éliminer les tissus nécrosés. Involontairement on est amené à se demander si quelques uns de ces malades graves ne pourraient être améliorés en usant à la nouvelle méthode de traitement une intervention chirurgicale (une sorte d'empyème) ou d'autres moyens encore.

Avant tout, je veux dissuader de traiter tous les tuberculeux sans distinction et d'une manière schématique, par le nouveau procédé. Le traitement sera fait de la manière la plus simple dans les cas de phthisie commençante et dans les affections chirurgicales non complexes. Mais dans toutes les autres formes de tuberculose, l'art médical conservera toute son importance ; les malades devront être l'objet d'une étude attentive et toute individuelle, et tous les autres moyens thérapeutiques auront leur utilité pour aider à l'effet de la médication.

Bien souvent il m'a semblé que les soins donnés aux malades avaient une influence notable sur l'action curative du traitement. C'est pourquoi j'aimerais mieux voir appliquer la médication dans des éta-

blissements spéciaux, où les malades sont plus attentivement observés, et où ils reçoivent des soins plus assidus que dans leur domicile.

On ne peut pas dès à présent dire dans quelles limites les méthodes de traitement antérieurement reconnues utiles : les climats d'altitude, le grand air, l'alimentation spéciale, etc., peuvent être combinées avec le nouveau procédé thérapeutique. Mais je suis persuadé que, dans bien des cas, et en particulier dans les formes graves et négligées, ou bien dans la période de convalescence, leur association au nouveau traitement sera d'une grande utilité.

Nous avons eu à notre disposition trop peu de matériaux concernant les tuberculoses cérébrale, laryngée ou miliaire, pour pouvoir en rassembler les observations.

Le point délicat de la nouvelle thérapeutique consiste, comme je l'ai déjà dit, à y recourir le plus tôt qu'il est possible. Le stade de début de la phthisie est l'objectif particulier du traitement, car c'est contre lui qu'il a une action complète si absolue. On ne saurait donc trop insister sur ce point que les médecins devront dorénavant, plus que par le passé, mettre tous leurs soins à diagnostiquer la phthisie aussitôt que possible.

*Le Courrier Médical.*

## CHIRURGIE.

### Chirurgie du système nerveux central.

*M. Horsley*, rapporteur.—Dans l'état actuel de la science, on peut poser comme principe que l'intervention opératoire est indiquée, chaque fois que le cerveau a été atteint d'une lésion traumatique. Les conséquences défavorables que cette pratique peut amener dans quelques cas rares et isolés ne sont rien en comparaison de ses avantages dans l'immense majorité des traumatismes où, si l'on intervient pas, on voit survenir l'épilepsie, la démence ou des arrêts de développement. C'est pourquoi l'opération est surtout indiquée chez les enfants. Parmi mes succès, je citerai le cas d'un confrère qui, dix jours après une fracture de l'os temporal, devint hémiparétique et tomba dans le coma. L'ayant trépané, je constatai une blessure étendue du cerveau. J'enlevai soigneusement tous les caillots sanguins et les débris de la substance cérébrale. L'opéré guérit, et sa guérison est si complète que maintenant, au bout de deux ans, il a pu reprendre l'exercice de sa profession.

Dans les hémorragies intracrâniennes, lorsqu'on est appelé dans les premières quatre heures qui suivent le début de l'attaque apoplectique,

il est du devoir du chirurgien de pratiquer la ligature de la carotide primitive. On devrait aussi, dans certaines circonstances, tenter la ligature de l'artère lenticulaire. D'après les expériences que j'ai faites en commun avec M. Spencer, je puis assurer que, chez le singe, la ligature de la carotide arrête complètement l'hémorragie provoquée par la section d'une des artères des gros ganglions nerveux centraux. Les dangers de la ligature de la carotide primitive sont peu considérables et, si l'asepsie opératoire est suffisante, on évite la thrombose et la paralysie temporaire. Pour ma part, j'ai fait cette opération vingt fois.

Je pratique aussi la trépanation du crâne dans les cas de céphalalgie contre laquelle tous les moyens se sont montrés impuissants.

J'ai pratiqué deux trépanations pour méningite ; toutes les deux ont été suivies de mort. L'efficacité de l'intervention opératoire dans les affections inflammatoires diffuses des méninges est donc encore douteuse ; mais dans les affections localisées, dans les abcès, l'opération est toujours indiquée.

Les malades atteints de tumeurs du cerveau doivent être opérés au plus tôt. L'opération est indiquée même dans les cas où, l'existence de la tumeur n'étant que probable, aucune amélioration ne survient dans l'espace de six semaines. Dans la pachyméningite, il faut se borner à l'excision de quelques fragments épaissis de la dure-mère, mais on doit toujours opérer de bonne heure. J'extirpe aussi les gommés cérébrales, car je crois que le traitement médicamenteux spécifique ne peut que les améliorer mais qu'il ne les guérit jamais. Les tubercules et toutes les tumeurs malignes en général doivent être aussi extirpés. Je citerai, à l'appui, le cas suivant : un homme fut apporté à l'hôpital dans un état comateux ; je fis le diagnostic de sarcome du cerveau et j'extirpai la tumeur. Le malade guérit des suites de l'opération et quitta l'hôpital avec des symptômes paralytiques légers. Au bout d'un an, il fut pris de récidive ; cette fois il ne fut plus opéré et succomba rapidement à son affection. Dans les cas où la tumeur maligne est trop volumineuse pour être enlevée en totalité, on doit opérer quand même ; on en extirpe ce qu'on peut et on procure au malade un soulagement considérable.

Les athétoses peuvent aussi bénéficier de l'intervention opératoire. Dernièrement j'ai excisé, dans un cas d'athétose, un morceau d'écorce cérébrale, mais malheureusement en quantité insuffisante, car les secousses convulsives réapparurent.

Lorsque j'opère des cas d'épilepsie jacksonienne, je commence par explorer l'écorce cérébrale à l'aide du courant galvanique et j'excise la partie dont l'excitation électrique provoque les secousses convulsives.

Sur 43 opérés, j'en ai perdu 10 dont 2 de shock traumatique et 2 par septicémie.

J'ai pratiqué 11 trépanations de la colonne vertébrale ; un de ces malades succomba au shock.

Cette opération est indiquée dans les fractures des vertèbres lorsqu'il existe des symptômes de compression de la moelle ; son pronostic est toutefois moins favorable que celui de la trépanation du crâne attendu que la moelle est plus vulnérable. Je n'ai opéré qu'une fois et sans succès pour carie vertébrale. Mais il ne faut pas oublier combien le pronostic de ces affections est défavorable.—(*La Semaine médicale.*)

### Traitement de l'ongle incarné.

M. le docteur H. Pürckhauer (de Bamberg) se sert avec le plus grand succès, dans le traitement de l'ongle incarné, d'un procédé qui, tout en étant à la fois des plus efficaces et d'une exécution très facile, offre encore, sur l'opération radicale telle qu'elle est pratiquée habituellement le grand avantage de ne pas priver le malade, même pour un seul instant, de sa liberté d'action et de son aptitude au travail.

Notre confrère commence par badigeonner la partie de l'ongle qui doit être enlevée avec une solution de potasse caustique à 40 p. c. Au bout de quelques secondes, la couche supérieure de l'ongle se ramollit et se laisse enlever "comme du beurre" par le raclage avec un fragment de verre à rebord tranchant, *mais seulement avec le verre*. On continue les badigeonnages à la potasse et les raclages jusqu'à ce qu'il ne reste plus de cette partie de l'ongle qu'une lame mince comme une feuille de papier, qu'on saisit avec une pince pour la soulever par le bord, au-dessus des parties molles tuméfiées qui la recouvrent et pour l'exciser au moyen de ciseaux fins.

Ceci fait, le malade est guéri, sans avoir perdu une goutte de sang, ni ressenti la moindre douleur, et il peut immédiatement vaquer à ses affaires, car aucun traitement consécutif n'est nécessaire. Et si plus tard, lorsque l'ongle aura repoussé, la douleur réapparaissait, il suffit, pour la supprimer, d'amincir de nouveau et par le même procédé la partie correspondante de l'ongle, sans que cette fois on soit obligé de l'exciser.

### Néphrectomie.

Le 20 décembre a quitté l'Hôtel-Dieu une jeune fille de l'Etat de New-York, chez laquelle le Dr Hingston avait pratiqué, en septembre dernier, l'ablation du rein pour sarcome de cet organe. Nous assistions à l'opération et nous pouvons dire que l'état anémique de cette jeune fille contrastait singulièrement avec son apparence de vigueur et de santé au moment du départ. L'incision s'étendait du niveau des côtes jusqu'à la crête de l'iléum permettait l'introduction de la main et l'ablation facile de l'organe qui avait au moins cinq fois le volume nominal.

## GYNECOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

### Sur l'Étiologie de l'Hydrorrhée Gravidique.

(Étude clinique du Dr GRASSI.)

On sait qu'en obstétrique on entend par hydrorrhée une perte sérieuse survenant pendant la grossesse. D'ordinaire elle se produit à l'improviste et se renouvelle à des intervalles irréguliers ; mais elle ne nuit en rien à la santé et il est rare qu'elle accompagne un réveil prématuré des contractions de l'utérus. C'est sans doute pour cela que le chapitre consacré à l'hydrorrhée dans les traités d'obstétrique est loin d'être des plus longs, et ce phénomène ne présenterait qu'un fort mince intérêt et au point de vue clinique sans l'incertitude qui règne sur son étiologie. Là-dessus, en effet, les auteurs sont en plein désaccord. Pour les uns (Schröder, Spiegelberg, Braun), la caduque utérine enflammée en serait le lieu d'origine ; pour d'autres (Nœgele), ce serait la surface externe de l'œuf, ou enfin d'après Tannier et Stapfer, ce serait tantôt la caduque, tantôt la cavité de l'amnios.

Vu cette diversité d'opinions, l'hydrorrhée peut se considérer, ou comme un phénomène (rupture des membranes) ou comme l'expression d'un état morbide qui affecte tantôt les membres ovulaires, tantôt la caduque. Ainsi, qu'on borne la possibilité clinique à l'une ou à l'autre de ces deux interprétations étiologiques, ou bien qu'on les accepte toutes deux en même temps comme satisfaisant aux cas spéciaux, le fait est qu'on n'a cherché jusqu'à présent l'origine de ce phénomène que dans la cavité de l'utérus ou dans celle de l'œuf.

Or, dans le cas clinique qui fait l'objet de cette note, l'origine extra-utérine ou extra-ovulaire de l'hydrorrhée nous paraît indubitable ; aussi, sans vouloir infirmer les interprétations étiologiques données jusqu'ici, nous appelons l'attention des spécialistes sur la nôtre que réclame le cas dont nous allons parler.

Il y a trois ans je fus appelé par mon éminent collègue le Dr Barbini à consulter une dame enceinte de quatre mois, qui avait éprouvé une perte séro-sanguinolente. Cette perte intermittente, non accompagnée de contractions utérines, dépassait la moitié du contenu liquide d'un œuf de quatre mois. Du reste : col de l'utérus à peine plus ramolli que dans l'état normal, et segment inférieur ni plus ni moins volumineux que d'ordinaire. Le diagnostic de l'hydrorrhée n'était pas douteux et, vu l'absence de toute menace directe et indirecte d'avortement, je crus pouvoir conclure : que le liquide ne venait pas de la cavité de l'amnios et que le seul remède à prescrire était le repos.

La marche ultérieure ne fit que confirmer le diagnostic de l'hydror-

rhée et l'idée que nous nous étions faite qu'elle ne nuirait probablement pas à la suite de la grossesse. En effet, à des intervalles divers, les pertes séreuses se reproduisirent et cependant il n'y eut aucun réveil prématuré des contractions utérines, et notre cliente accouchait à terme d'une fille bien développée, après rupture artificielle des membranes et écoulement d'une quantité notable de liquide amniotique ; couches très normales.

Quelques mois après, nouvelle grossesse, et, au même mois que la première fois, réapparition de l'hydrorrhée.

Instruits et rassurés par notre récente expérience, nous assistâmes à cette complication sans en rien redouter. Le fait nous donna raison, notre cliente accoucha à terme après avoir éprouvé une perte hydrorrhéïque moindre que la première fois. L'accouchement n'offrit rien d'anormal, le sac se rompit de lui même avec écoulement modéré de liquide amniotique, l'enfant était bien développé et les *annexes* du fœtus ne présentaient aucune altération soit dans leur structure anatomique, soit dans leur disposition respective. Les couches se passèrent normalement jusqu'au douzième jour ou, par suite d'un léger oubli des précautions ordinaires, se manifesta un commencement de paramérite qui, partant de droite, s'étendit à tout le tissu cellulaire supravaginal.

Le cycle actif de cette complication embrassa deux semaines et ne laissa après lui qu'un faible épaissement de la voûte vaginale et, par suite, une limitation proportionnée de la mobilité utérine. A ce moment, croyant assister au parfait rétablissement de la malade, nous fûmes surpris par l'apparition de nouveaux phénomènes qu'il était impossible de rattacher aux accidents pathologiques constatés. Subjectivement, voici à quoi ils se résumaient : une douleur lourde dans la fosse iliaque gauche, douleur qui s'irritait au toucher et à chaque mouvement du membre correspondant ; celui-ci également endolori était toujours à demi-replié.

Par l'examen objectif, nous constatons avec une tension exagérée et une diminution de sonorité dans la région malade, une intolérance au toucher due à la tension douloureuse de la voûte vaginale, l'utérus un peu gros mais débarrassé des empâtements de la paramérite, la température de la maladie, normale presque tout le jour, montait brusquement, à certaines heures, jusqu'à 40°.

On le voit, nos deux examens se répondaient mal et ne pouvaient nous rendre raison ni des accès de fièvre ni des douleurs locales accusées par la malade, puisque nous ne constatons que de légères modifications tangibles de l'enveloppe pelvienne. Mes éminents collègues le professeur Federici et le Dr Fasolei que j'avais consultés partagèrent cette incertitude du diagnostic, et nous dûmes y rester pendant

deux mois au moins sans jamais remarquer de modification notable dans l'état de la malade. Nous ne manquâmes pas de nous en prendre à un peu de *simulation hystérique*, c'est la ressource de tout médecin qui, comme nous, ne trouve pas de diagnostic satisfaisant. Notons, en passant, qu'au soixantième jour se produisit la menstruation, et ce phénomène qui signalait la fin du cycle puerpéral n'amena aucun changement dans l'état de la malade. Enfin, un matin, au bout de quatre mois, la malade, prise de douleurs qu'elle assimile à celles des contractions utérines, se sent tout à coup inondée d'une quantité considérable de liquide dont les caractères physiques étaient identiques à ceux de l'hydrorrhée gravidique. A partir de ce moment ce fut fini de toute tension et de toute douleur dans la région iliaque gauche, et la malade fut en état de quitter le lit quelques jours après. L'écoulement continua en petites proportions pendant deux ou trois jours, et l'appareil utéro-ovarique rentra bientôt dans l'état physiologique dont il s'était, du reste, à peine écarté.

Un changement aussi imprévu survenant tout après la nouvelle période hydrorrhéique était bien fait pour dissiper nos doutes sur l'interprétation des symptômes que nous avons observés dans les deux derniers mois. Ils devaient s'attribuer à l'accumulation du liquide que nous n'avions pas diagnostiquée; ils avaient, en effet, disparu à l'écoulement de celui-ci. Mais d'où venait-il, ou, mieux, s'était-il amassé?

Nous ne pouvions parler de la cavité utérine, puisque nos examens récents n'y avaient reconnu aucune dilatation, ni d'une cavité pathologique communiquant avec l'utérus, cette hypothèse manquant de toute base symptomatologique; restait donc à penser à la trompe de gauche anormalement dilatée. La structure anatomique de cet appendice utérin, qui lui donne la possibilité physio-pathologique de subir une *inflammation à répétition*, analogue à l'endométrite, voilà qui nous expliquait et les symptômes subjectifs accusés par la malade, et l'écoulement séreux chassé au travers de l'utérus chaque fois que la tonicité musculaire de la trompe atteignait sa dernière limite de dilatabilité.

Il nous sembla donc que le diagnostic d'hydrosalpingite répondait le mieux à notre cas. Il arrivait un peu tard, mais on nous le pardonnera si on se rappelle les circonstances exceptionnelles de la maladie dans notre cas. Du reste, ce n'est qu'en ces derniers temps que cette maladie a été étudiée cliniquement; aussi sa symptomatologie se ressent encore de ces incertitudes qui pèsent sur toute entité morbide nouvellement définie.

Revenons à notre cas. Ma cliente dut changer de domicile et aller

à Naples. Je l'avais priée de me tenir au courant de sa santé, ce qu'elle fit. A la fin de mai, sans savoir si elle y avait donné occasion et comment elle l'aurait fait, la malade sentit se renouveler dans la région abdominale et pelvienne gauche, ainsi que dans la cuisse correspondante, les mêmes phénomènes douloureux que précédemment.

Elle m'en informa, et je l'adressai à l'éminent professeur Morisani, que je mis au courant de la situation. Ma missive n'était pas arrivée que la malade, après une période de douleurs pelviennes très aiguës, éprouva par le vagin un nouvel écoulement de liquide séreux assez abondant, et cette fois encore toute souffrance disparut. L'éminent professeur Morisani put donc constater *de visu* le cadre phénoménologique dont je l'avais entretenu, et il donna comme nous le diagnostic d'hydrosalpingite gauche.

Ce fait n'aurait d'autre importance que d'offrir un cas d'une forme gynécologique rare et peu connue, si l'hydrorrhée ne s'était reproduite chez le même sujet et pendant la grossesse et en dehors de cet état. En face de cette coïncidence, nous devons nous demander s'il faut attribuer la même provenance à l'hydrorrhée survenue durant la gestation, qu'à l'hydrorrhée extra-gravidique dont l'origine *tubaire* est indiscutable. C'est en cela que consisterait l'importance de notre clinique.

Quant à nous, nous déclarons qu'à en croire le bon sens clinique, nous ne faisons nullement difficulté d'accepter cette interprétation nouvelle ; en effet, rien n'empêche que la *muqueuse tubaire* subisse les mêmes accidents morbides que ceux de l'*endomucuse* utérine, causes de l'hydrorrhée gravidique, d'après ce qu'on a cru jusqu'à présent. En effet, l'analogie de la structure anatomique des deux organes, leur commune aptitude à servir d'origine à un écoulement et la possibilité bien établie pour la cavité tubaire de se distendre, telles sont les preuves qui nous amènent à donner l'hydrosalpingite en grossesse comme une des explications les plus acceptables de l'hydrorrhée. Ajoutons qu'on s'expliquerait ainsi l'innocuité de l'hydrorrhée relativement à la grossesse, beaucoup mieux qu'en la confinant dans la muqueuse utérine. N'est-il pas évident qu'une affection développée hors de l'utérus forme un stimulant moins énergique de la contractibilité utérine, que si elle se manifeste dans la cavité même de l'organe de la gestation ? De plus, si on prend garde à l'influence purement mécanique des deux états, on saisit sans peine que la sécrétion et le séjour d'une certaine quantité de liquide entre l'utérus et les membranes, amenant le *décollement* de l'œuf sur une surface assez étendue, interrompent plus facilement une grossesse que le simple passage de ce liquide, s'il s'amasse dans la *cavité tubaire*.

On objectera à notre hypothèse que les phénomènes subjectifs qui précèdent la perte extra-gravidique n'eurent pas lieu dans l'hydrorrhé des deux grossesses. Comment la même symptomatologie ne répond-elle pas au même fait clinique? L'objection ne manque pas de valeur, mais remarquons que les phénomènes douloureux furent provoqués plutôt par la distension de la trompe que par son inflammation. Aussi, dans les deux salpingites extra gravidiques cessèrent tout après un écoulement subit et abondant. Dans la période de la gestation, au contraire, au lieu de cette émission en masse, il se produisit un suintement ou continu ou rarement interrompu; l'absence de douleur s'expliquerait donc par la distension modérée de la trompe, qui chassait par son débouché utérin la plus grande partie du liquide, au fur et à mesure qu'il s'accumulait.

Cette différence de la marche clinique d'un même état morbide est-elle purement accidentelle, ou peut-on l'expliquer par la différence des dispositions réciproques des deux cavités tubaire et utérine pendant la grossesse ou hors de cette situation, et aussi par la modification de la structure anatomique de ces organes dans ces deux époques? Voilà ce qu'il faudrait discuter pour éclaircir notre cas. Mais nous dépasserions les limites qui nous sont tracées et nous aimons mieux attendre le jugement de ceux qui nous auront lu avec patience.

(*Annali di Ostetria e Ginecologia*, août 1890.)

### **De la salpingite blennorrhagique** par M. le docteur TERRILLOX.

Le mode de développement de la salpingite blennorrhagique présente d'assez grandes variétés suivant les cas.

Le plus fréquemment, la malade est d'abord atteinte de vaginite blennorrhagique aiguë classique, puis apparaissent quelques phénomènes d'endométrite, et enfin, vers la troisième ou la quatrième semaine, des douleurs violentes dans le bas ventre. A ce moment la patiente prend le lit, la fièvre s'allume, il y a du ballonnement, du ventre, des vomissements, bref une pelvi-péritonite. A l'examen, on trouve les signes d'une salpingite au début. Parfois les phénomènes réactionnels sont beaucoup moins accentués et tout se borne à une douleur plus ou moins localisée dans un des côtés du bas-ventre.

Dans une autre catégorie de faits, les femmes sont atteintes d'une blennorrhagie avec vaginite très légère, puis, après quelque temps, les règles deviennent irrégulières, douloureuses, et, vers la cinquième ou sixième semaine après le début de la blennorrhagie, apparaissent des symptômes bruyants de pelvi-péritonite qui durent cinq à six jours. Tout rentre alors dans le calme, mais il reste une salpingite.

Dans une autre catégorie de faits, on se trouve en présence de jeunes femmes nouvellement mariées qui ont, soit des phénomènes atténués de pelvi-péritonite, soit des signes de salpingite. A l'examen, on ne trouve aucune trace de blennorrhagie, mais la maladie raconte qu'elle a quelques pertes blanches, que son linge présente de larges taches jaunes ; et on peut constater que l'orifice du col laisse couler du muco-pus de couleur jaunâtre. Le mari ne présente aucun signe d'infection ; mais, si on l'interroge, on apprend qu'il a été atteint, il y a deux ans, trois ans au plus, d'une blennorrhagie dont il ne reste plus de trace. ou bien on constate qu'il y a le matin, un léger suintement urétral.

M. Terrillon pense qu'il faut rechercher la cause de la salpingite de la femme dans la blennorrhagie ancienne du mari. En effet, il a constaté que le sperme d'individus qui ont été atteints anciennement de blennorrhagie présente une notable quantité de globules de pus, surtout quand il y a de l'épididymite ; au moment de l'éjaculation, il a alors une couleur jaune. Ce sperme injecté à virulence atténuée déterminerait une blennorrhagie utérine et tubaire sans avoir de prise sur la muqueuse vaginale.

Ce qu'il y a le plus à remarquer au point de vue anatomique dans la salpingite blennorrhagique, c'est l'hyperthrophie des villosités qui ont l'aspect de petits bourgeons saillants dans la cavité ; il y a aussi hyperthrophie de la musculuse. La cavité contient du muco-pus qui renferme au début le gonocoque ; plus tard, il disparaît. Presque toujours l'orifice péritonéal de la trompe est obturé, d'où la fréquence de la prosalpinx. Si le pus arrive par l'utérus, il donne lieu à un écoulement interminable ; dans le cas contraire, la malade est exposée à la rupture. L'ovaire n'est que légèrement atteint.

Dans la forme blennorrhagique de la salpingite, les métrorragies et les ménorrhagies sont très abondantes. Mais la vraie caractéristique est dans le mode de début.

Quand la salpingite consiste en un simple catarrhe de la muqueuse, la malade a une infirmité pénible qui guérit au moment de la ménopause. Cependant de graves accidents de péritonite peuvent toujours survenir.

Lorsqu'il se forme du pus et que ce dernier s'enkyste, la rupture est à craindre. Elle se fait, soit dans l'utérus ou le rectum, soit dans le péritoine. L'accident arrive brusquement, sans que rien ne vienne avertir la malade de son imminence. Quelquefois les symptômes de péritonite suraiguë généralisée apparaissent au début même de la salpingite, alors qu'il n'y a pas de collection purulente, mais le plus habituellement il ne se produit que de la pelvi-péritonite entraînant la formation de fausses membranes ; ces fausses membranes peuvent se rom-

pre, une nouvelle quantité de pus contamine la partie voisine de la séruse, et ainsi de suite ; il peut ainsi survenir de nombreuses poussées dans le petit bassin. Fatalement, la femme atteinte de blennorrhagie tubaire est stérile, car la maladie est presque toujours double.

Pour M. Terrillon, le grattage ne peut que modifier la muqueuse utérine qui est malade en même temps et soulage ainsi la maladie ; la trompe reste dans le même état. Le traitement médical et symptomatique. Contre la douleur, le repos au lit est excellent. L'irrigation vaginale est encore un bon moyen ; la malade étant couchée dans la position de l'examen au spéculum, on injecte dans le vagin une certaine quantité d'eau chaude ; dès que la malade accuse une sensation de chaleur trop violente, on arrête l'irrigation en oblitérant l'orifice vulvaire. Après quelques minutes, on laisse écouler le liquide et on recommence. Il doit passer dans le vagin environ 1 litre de liquide dans une heure. Les vésicatoires et les pointes de feu appliqués sur la paroi abdominale produisent aussi de bons effets. Contre la constipation très fréquente, on devra employer les purgatifs répétés et contre les accidents de pelvi-péritonite, le repos absolu, les cataplasmes, les révulsifs et les sangsues.

Les moyens médicaux peuvent améliorer beaucoup l'état de la malade et même procurer l'apparence de la guérison, mais on ne peut affirmer que la maladie ne reviendra pas, même après un long temps de repos complet.—(*L'Union médicale*)

---

## CORRESPONDANCE

---

Monsieur le rédacteur,

Permettez-moi, s'il vous plaît, de recourir à la Gazette médicale pour obtenir quelques renseignements, quelques opinions de nos chirurgiens.

La plupart ou plutôt la totalité des confrères qui écrivent dans la Gazette le font pour répandre leur science et encourager votre œuvre en instruisant vos lecteurs. Or en voyant une signature nouvelle on doit s'attendre à quelque découverte étonnante, à quelque grand succès dont veut se glorifier celui qui rompt ainsi un long silence. Non, je viens sur la scène pour m'instruire. Prêtez l'oreille, collaborateurs, pendant deux minutes et répondez !

Dans un cas d'accident grave avec omme mutilation, broiement même des extrémités supérieures avec fracassement et perforation du thorax, ou des extrémités inférieures avec perforation de l'abdomen et dans l'un et

L'autre avec protusion des viscères, doit on lorsqu'on a une réaction satisfaisante chez le patient le dépouiller de tous ses vêtements, extraire les lambeaux d'habits enfoncés dans les plaies et les cavités et amputer ce bras, cette jambe qui ne peut plus recevoir de vie, même si l'on croit que le malheureux ne survivra pas à ses blessures? Ou bien doit on, laissant le malade sur son grabat, se contenter de lui donner des calmants jusqu'à la mort, oui, jusqu'à la mort qui dans un cas récent n'est arrivée que le troisième jour après l'accident. J'ai vu ces deux formes de traitement mises en pratique par différents rejeteurs d'Esculape? Dans mon canton *l'on prêche beaucoup ce que l'on pratique* et il faut bien qu'il survienne quelque discussion entre ce chirurgien qui fait le grand ménage dans un cas d'accident semblable et celui qui (tacitement à la vérité) dit: Tu ne pourras toujours pas en revenir, eh bien crève quand tu voudras. Le premier panse les plaies, enlève les débris qui doivent se mortifier d'abord et tuer ensuite et met son malade dans un état qui sera le meilleur possible si son malade peut survivre et, prêt à toute éventualité, le prépare au moins à faire un beau mort dans le cas contraire. Le second dans la crainte d'achever les jours de son faible patient en voulant le secourir ne se souille pas même le bout du doigt et laisse la victime sûrement cheminer vers le tombeau. Après le décès, vous voyez près du moribond un digne personnage, un personnage qui prend un air digne, non pas le croque-mitaine, mais le médecin inerte d'autrefois qui se met à l'ouvrage. Il enlève cette fois les habits du cadavre au moins les parties qui n'adhèrent pas, et reconnaît jusqu'à quel point l'accident était grave. Il voit que le bras était bien pétri; que des fragments de côte gênaient le poumon dans ses fonctions; que l'omoplate cassé en triple est amoncelé vers son sommet et que ce tampon noir qu'il a vu suspendu à la poitrine de son patient et qui se corrompait d'un jour à l'autre au contact de l'air est bien une partie du poumon. Bien vaut-il mieux pour le premier courir le risque d'abrégé les jours ou les heures de la victime et faire ce qui est à propos et possible de bien faire? Ou faut-il suivre l'exemple du second et se mettre le doigt dans l'oreille lorsqu'au lieu de vivre quelques heures comme on avait cru le moribond résiste pendant plusieurs jours au point qu'on ne sait pas s'il meurt de l'accident ou bien du défectueux traitement qu'il a eu.

Je sou mets, sur prière de plusieurs confrères, cette question médicale et je sais que plus d'un que le ne connait pas se sentira soulagé par la bienveillante réponse que je sollicite.

Merci, Monsieur le Rédacteur.

Je demeure votre obligé confrère,

J. E. BERGERON, M.D., C.M., V.S.U.

Drummondville, 5 Dec. 1890.

### **La Société médico-chirurgicale du comté d'Iberville et des comtés voisins.**

Les membres de cette association se réuniront à la salle des pompiers en la ville de St-Jean, le 15 janvier 1891, à 10 heures A.M.

Voici le programme de cette séance :

1<sup>o</sup> Admission de nouveaux membres et élection des officiers.

2<sup>o</sup> Discussion des sujets traités, à la réunion tenue en septembre dernier, par MM. Hébert et Rochette: "Hygiène de la nouvelle accouchée" et "l'Eclampsie."

3<sup>o</sup> Travail présenté par M. le Dr Chevalier, d'Iberville: *Pied bot*, suivi d'une discussion.

4<sup>o</sup> Intérêts professionnels. Le projet de former une société de bienfaisance parmi les médecins de cette province y en considération.

La séance durera jusqu'à 5 heures P.M., avec vacance de 1 heure à 2 heures P.M. pour le diner.

Par ordre

G. A. LACERTE,  
Secrétaire.

## **BULLETIN.**

### **La Question Universitaire**

Une question qui a fait du bruit pendant ces dernières années, la *Question Universitaire* vient d'être définitivement réglée par la législation provinciale. Le projet de loi proposé par l'École de Médecine, pour amender sa charte de manière à lui permettre de s'unir avec l'Université Laval de Montréal a été adopté à l'unanimité.

Tous les députés sans exception ont reconnu que cette union était nécessaire et que les amendements à la charte de l'École ne lésaient aucun de ses droits ni de ses privilèges. A l'Assemblée Législative, l'honorable M. Mercier s'en était fait le garant et lorsqu'il en proposa la 3<sup>e</sup> lecture, il fut chaleureusement appuyé par l'honorable J. Blanchet, chef de l'opposition.

Au conseil législatif le succès a été aussi complet: aucune opposition.—Le conseil crût même devoir déroger à ses habitudes et envoya immédiatement un messenger annoncer à l'Assemblée Législative que le bill venait de subir ses trois lectures.

Depuis ce temps la presse, de tous les parties politiques, semble se plaire à dire que la Question Universitaire est une des grandes questions qui aient été réglées par le gouvernement provincial.

Que signifie cette unanimité de nos chambres, cette quasi-unanimité-

de la presse. Elle signifie que le peuple était fatigué de ces divisions ridicules et de ces luttes stériles, entre deux institutions faites pour marcher ensemble. La population Canadienne et catholique voyait avec peine cet esprit d'égoïsme qui semblait regner chez certains membres des deux institutions, au point que plusieurs d'entre eux ne voulaient entendre parler d'aucune tentative d'union. — Cette unanimité des deux chambres est un sentiment d'admiration pour le désintéressement, de la majorité des professeurs, qui n'ont pas reculé devant les sacrifices, pour amener cette union, qui assure dans un avenir prochain, le rehaussement du niveau des études dans cette partie de la province. Et certes, il est temps que nous songions à relever les études médicales. Les anglais, nous montrent avec fierté leurs bibliothèques, leurs musées, leurs appareils scientifiques ; dans bien des branches ils nous dépassent de beaucoup.— Il est temps que nous ouvrons les yeux : que nous songions à avancer. Et ce ne sont certainement pas les talents, ce n'est pas le travail qui manque : au lieu de perdre le temps à faire des chicanes de clocher, faisons de la science, et nous réussirons.

\* \* \*

Dans notre dernière livraison, quand on a parlé des projets d'union et des raisons qui nous portaient à dire que l'union était désirable, nous étions en possession de certains documents que nous ne pouvions pas alors livrer au public.

Maintenant que la question est réglée nous pouvons dire qu'en octobre dernier, l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal a reçu de l'Université Victoria de Cobourg, un avis officiel l'informant qu'elle ne pourrait continuer à donner des diplômes à nos élèves à cause de son affiliation avec l'Université de Toronto (1).

Mais quel homme osera prétendre sérieusement que l'École n'a pas agi sagement en s'unissant à l'Université Laval et en mettant ainsi fin à nos discordes sans toutefois léser aucun de ses droits et privilèges ; sans changer en aucune manière ses relations avec les hôpitaux et les dispensaires qu'elle a toujours si noblement servi.

(1) L'École craignant de voir survenir de nouvelles difficultés, ne crut pas devoir permettre la publication : maintenant que tout est réglé, la nécessité de garder le silence n'existe plus.

On a dit que l'École aurait dû s'affilier à l'Université de Toronto, l'Université de Kingston, ou à l'Université d'Ottawa.

36 149

COLLABORATEURS AU VOL. IV  
DE  
LA GAZETTE MÉDICALE

---

BERGERON, J. E., M. D.  
DEMERS, L.-A., M. D. C. M.  
FORTIER, L.-E., M. D.  
GRIGNON, EDM., M. D.  
HINGSTON, W.-H., M. D., etc., etc.  
LACERTE, G.-A., M. D.  
DE LAVAL, MELVILLE F., M. D.  
LEFELS, F., M. B.  
LESPÉRANCE, J., M. D. C. M.  
PALARDY, J.-M., M. D.  
POITKVIN, E.-A., M. D. C. M.

# TABLE

DES

## SOMMAIRES, ANNEE 1890.

---

### JANVIER.

I—Clinique des Maladies Mentales —De la folie intermittente. M. le Dr MAUNAN.....	3
II—Anatomie Pathologique.—Microbes de la Pneumonie M. le Professeur CORNIL.....	10
III.—Thérapeutique—Digitalines, par M. le professeur Bardet.—Nouveau traitement de l'épilepsie—la bryonia alba comme hémostatique utérin.—L'extrait fluide de cimifuga racemosa dans l'accouchement:—Encore le chloralamide—Action comparative de la paralaldéhyde et du sulfonal.—Le capsicum annuum dans la pneumonie.—Action diurétique du mercure.....	14
IV—Médecine Pratique — Prises contre la fièvre typhoïde (BOUCHARD) — Maladies des yeux.—Le bain froid systématique dans la fièvre typhoïde.—Traitement antiseptique de l'éclampsie puerpérale.—Eczéma de la langue.—Une particularité curieuse du microbe de l'érysipèle.—Fièvre puerpérale, prophylaxie.—Traitement de de l'érysipèle nasal.—Traitement du psoriasis.—Traitement de la furonculose de l'oreille.—Traitement de l'ictère des nouveaux-nés .....	23
V—Fo mulaire Thérapeutique.—Traitement de l'asthme —Traitement des ulcérations nasales et laryngiennes.—Solution contre la blépharocconjunctivite —Potion contre le tenia.—Pilules contre la toux.—Potion contre le mal de mer.—Formule contre le tenia infantile.—Dysménorrhée névralgique. — Solution contre le prurit sénile.—Lotions contre le prurit vulvaire.—Injection désinfectante .....	36
VI—Biographie.—François Damaschino.....	40
VII—Communication.—Dr Edm. Grignon.....	44
VIII—Bibliographie.....	46

### FÉVRIER.

I—Travaux Originaux —Clinique du Dr HENSTON : a. Cystocèle vaginale.—b. Calculs phosphatiques.—c. Fausse ankylose.....	49
II—Médecine Pratique.—Traitement des Hémorrhagies par l'opium—Symptômes de l'insuffisance aortique —Néphrite parenchymateuse .	52
III—Chirurgie.—Influence de la toux sur la réduction des hernies.—Opération de la trachéotomie.—Greffes zooplastiques.....	59
IV—Gynécologie et Obstétrique.—Etude sur les moyens pratiques pour provoquer l'accouchement prématuré.—Rétention du placenta après l'avortement.....	64
V—Pædiatrie.—Du chloral dans la coqueluche.—Des revulsifs chez les enfants.....	69

VI—Maladies Nerveuses. Maladie de Basedow.—Mutisme hystérique.—Cris- ses gastriques du tabes.....	75
VII—Ophthalmologie et Otologie.—Du traitement du tracôme.—Des écou- lements d'oreilles.....	78
VIII—Dermatologie.—Étiologie et traitement du l'acné.....	29
IX—Revue des Journaux.—La codéine dans le diabète —De l'hypo-héma- tose —Moyen de reconnaître les cicatrices des sangsues.—Traite- ment de la sueur nocturne des phthisiques.—Injections sous-cuta- nées de cocaïne contre les contractions spasmodiques.—Traitement de la grippe —Luxation complète du globe oculaire.—Hémorroïdes dououreuses.—Hydrocèle chez la femme.—Un conseil de M. Vir- chow.....	65
X—Profils de medecins.....	89
XI—Formulaire Thérapeutique.....	92
XII—Naissances —Mariages.—Nécrologie.....	96

## MARS.

I—Travaux Originaux —Etude sur la Diphthérie par le Dr PALARDY.....	97
II—Cours et Cliniques —Clinique Chirurgicale. — Hôtel-Dieu, Dr HINGE- TON.....	111
III—Médecine Pratique — Tuberculose pleuro-pulmonaire et péritonéo- hépatique par le Dr RAYMOND.—Traitement de l'insuffisance uri- naire, Dr DEJARDIN-BEAUMETZ.....	115
IV—Chirurgie.—Péritonite suppurée chez un enfant, Dr DANTZ.—Traite- ment de l'Epididymite blennorrhagique par la compression onatée, Dr DESNOS.....	117
V—Gynécologie et obstétrique.—Action de l'eau chaude sur l'utérus pendant la puerpéralité. professeur PINARD —Des irrigations chaudes après l'accouchement. Dr DEISER.....	121
VI—Pædiatrie.—Du diagnostic différentiel des diverses paralysies de l'en- fance.—Traitement de l'insomnie des enfants. Dr JULES SIMON.— Des inhalations, vaporisations, etc, chez les enfants. Dr H. PIERRON. —Traitement des convulsions infantiles par le sulfate de chaux.....	123
VII—Hygiène —Conseils aux jeunes mères.....	130
VIII—Electricité.—Des applications métalliques dans les manifestations rhumatismales —De l'électrolyse par le Dr LARAT.....	133
IX—Formulaire Thérapeutique —Remède contre le hoquet. — Nouveau traitement de la variole confluyente.—Traitement de l'empoisonne- ment par la morphine en injections sous cutanées.....	140
X—Bulletin — Nouvelles Statistiques.—L'Influenza —Amendements à la loi des pharmaciens —Bill de M. Hall, concernant l'admission des Bacheliers ès-Arts à l'étude des professions —Acte incorporant une nouvelle Ecole de Médecine Vétérinaire.—Acte amendant la charte de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie.....	142

## AVRIL.

I—Travaux Originaux —Hôtel-Dieu, Clinique Chirurgicale du Dr HINGE- TON, rapportée par F. LÉFÈVRE, M. B., Tumeurs stercorales, Gangrène sénile.....	145
II—Médecine Pratique.—Diagnostic de la fièvre typhoïde dans le premier septenaire, M. JACCOUD.....	147

III—Thérapeutique.—Les hypnotiques et les analgésiques modernes, par le Dr G. GALLET-LAGOGUEY.—Sur les diurétiques, par M. R. LÉRINE, professeur à la faculté de Médecine de Lyon.—Traitement de l'érysipèle par les injections sous cutanées d'acide phénique, par le Dr P. Saniter.....	150
IV—Chirurgie.—Traitement du chancre simple et ses complications, par le Dr A. MOREL-LAVALLÉ.—Les injections dites abortives, au nitrate d'argent, sont elles efficaces contre la blennorrhagie? sont-elles inoffensives? par le Dr HENRI PICARD.—Difformités des pieds et des orteils consécutives à certaines phlébites des membres inférieurs : pieds-bots phlébitiques, par M. VERNEUIL.—Deux variétés d'angidomes de la main, par M. POLAIFLON.....	160
V—Gynécologie et Obstétrique.—Traitement des endométrites par le curetage utérin, par le Dr BOULLY.—Vaginite, érosions du col, par le Dr H. MARION SIMS.—Traitement de l'inertie des contractions utérines.....	122
VI—Médecine Légale.—Le criminel, par le professeur BROUARDEL.....	180
VII—Revue analytique des Journaux.—Convulsions infantiles.—Action du salicylate de soude sur l'utérus.—Traitement du coryza.—Antipyrine dans le travail de l'accouchement.—Empoisonnement par l'acide carbolique.—Asthme.—Calculs biliaires.—Moyen de couper brusquement les quintes de la coqueluche.—Action somnifère du bandage de corps humide.—Le régime des diabétiques à Tübingen...	186
VIII—Mariage.—Décès.....	189
IX—Bulletin.—Nouveaux médecins.....	190

## MAI.

I—Travaux Originaux —Notes sur le Jaborandi. Dr L. A. DEMERS.....	193
II—Médecine.—Traitement général des maladies du foie par le Dr PAUL CHÉRON —Action de la teinture d'iode contre les vomissements, par M. François Cartier, interne des hôpitaux —Traitement de l'urémie, par le Dr MERKLEN —Traitement de l'endocardite, par le Dr E. BARIÉ —Traitement de la typhlite, par le Dr BOUCHARD.—L'asthme : son traitement, par M. le professeur DIEULAFOY.....	195
III—Chirurgie —Traitement de l'entorse, par N. FÉLIX LAGRANGE.—Traitement des hémorroïdes par la chrysarobine, M. ROSSOTUSCI.—Amygdalotomie suivie d'hémorragies chez un enfant, M. MOURE (de Bordeaux).—Ostéite des premières côtes 18 ans après un coup.—Antisepsie des voies urinaires —Lymphadénome; traitement chirurgical.....	209
IV—Gynécologie et Obstétrique. — Des varices de la vulve au point de vue obstétrical, par M. JULES BATAUD.—Résultats de la suppression de la menstruation, par le Dr GEHRUNG.—Pourquoi un avortement est-il plus dangereux qu'un accouchement à terme. Prof. Wm. GOODELL.—Emploi de la thérébentine dans les hémorragies post-partum.—Combien de temps faut-il laisser écouler entre le second et le troisième temps de la version podalique, Dr DOHM.....	217
V—Pédiatrie.—Terreurs nocturnes chez les enfants; traitement, Dr A. OLIVIER.—Tisane de blé dans la gastro-entérite des enfants, par le Dr DUPRÉ de Reims.—Traitement de la conspiration habituelle chez les enfants.....	222

VI—Ophthalmologie.—L'emploi de la chaleur humide en ophthalmologie, par le Dr J. LEPLAT.....	225
VII—Electrothérapie.—L'électrolyse linéaire dans les rétrécissements de l'urètre, d'après la méthode de J. A. Fort, par le Dr PAVON.— Traitement électrique des vomissements de la grossesse, Dr GUNTHER.—marche électrothérapique à suivre dans les myopathies d'origine spinale, par le Dr P. CHÉRON.....	227
VIII—Médecine légale.—Suicide par blessure du cœur au moyen d'une épingle, M. MAGNAN.....	231
IX—Naissance.....	233
X—Nouvelles médicales.—Assemblée du collège des Médecins —Dixième Congrès international de médecine.—Association médicale du Canada.—Accident chez un dentiste.—Incendie de l'asile St-Jean-de-Dieu.—Puissance procréatrice extraordinaire.—Une femme pétrifiée.—Opération sous l'influence de l'hypnotisme.....	233
XI—Formulaire Thérapeutique.—Manière d'administrer la créosote.—Dyspepsie flatulente.—Injections d'éther sulfurique dans la névralgie.—Lavements à l'éther dans l'occlusion intestinale.—Huile phéniquée dans le traitement de la gale.—Atropine contre l'incontinence d'urine.—Traitement de l'ascite.....	237
XII—Bibliographie.....	240

## JUIN

I—Travaux Originaux.—La Diphtérie.—Traitement de Bouchût, par le Dr L. E. Fortier, Montréal.....	241
II—Médecine.—Dyspeptiques et gastralgiques.—Cancer de l'estomac et gastralgie par polygastric.—Clinique du professeur Peter.—Traitement de la pleurésie purulente par les injections antiseptiques.— Traitement de la pleurésie.—Traitement de la syphilis par le sparadrap au calomel.—Un cas d'érysipèle.—Frottements périhépatiques et abcès de foie.....	245
III—Thérapeutique.—De l'action du bromure de potassium dans l'épilepsie.—Salol dans les angines.—Lavements de sang.—Chlorure de sodium contre la névralgie faciale.—L'aristol.— Les injections de liquide testiculaire.— Diagnostic de l'intoxication par l'iodoforme au moyen de la réaction de la salive sur le calomel.—De l'emploi des préparations d'hydrastis canadensis, par A. Cabanès.....	255
IV—Chirurgie.—Traitement des affections aiguës de la mamelle, par M. Verneuil.—Diagnostic et traitement des tumeurs ganglionnaires du cou.—Traitement non opératoire de la fistule anale, par le Prof. Guyon.....	259
V—Gynécologie et Obstétrique.—Pneumonie et grossesse, par M. le Dr Fraigniaud.—Accidents et complications qui peuvent survenir après l'ovariotomie, par le Dr J. Brasseur.—Traitement local de la métrite par l'application de la glycérine anhydre sur les surfaces malades, par le Dr Champouillon.....	265
VI—Pédiatrie.—Du traitement du choléra infantile.—Traitement de la coqueluche par la résorcine.—De l'administration des iodiques aux enfants scrofuleux.—Nuphtaline dans les affections intestinales des enfants.—Ophtalmie purulente.—Hygiène et traitement de la première dentition.—Sur l'étiologie de la paralysie infantile.....	
VII—Médecine Légale.—Contribution à l'étude des expertises médico-léga-	

les en matière de responsabilité, par P. Keraval.—Un cas d'impulsion inconsciente à l'homicide et au suicide, par E. Powell.—Quelques suggestions relatives à la construction et à l'organisation des hôpitaux destinés aux aliénés, par Sanger Brown.....	277
VIII—Hygiène.—Action désinfectante du blanchiment des murs au lait de chaux.....	231
IX—Naissances.....	282
X—Nécrologie.....	282
XI—Variétés —Extraction d'un calcul énorme —Fœtus in fœtu.—Passage du sommeil naturel à l'anesthésie chloroformique.....	282
XII—Nouvelles Médicales.....	284
XIII—Formulaire thérapeutique.—Un traitement du mal de dents. — Traitement de la dysenterie par les lavements de bichlorure de mercure.— Lavements contre les oxyures vermiculaires — Névroses de l'estomac —Note sur un moyen très simple d'amener la disparition définitive de certaines épistaxis à répétition, par le Dr A. Ruault.....	285
XIV—Bibliographie.....	288

## JUILLET.

I—Travaux Originaux —Doctrine microbienne des maladies infectieuses, par le Dr Paul Philippe, ancien interne des hôpitaux de Paris.— De la diarrhée des enfants, par le Dr Melville, E de Laval, M. D., Victoria, Officier du Bureau de Santé, Lake Linden, Michigan.....	289
II—Médecine —Traitement des névralgies par les injections d'éther, Dr Kums — Rhumatisme aigu. — Salicylate de soude en lavement. — Traitement de la tuberculose par l'air et le repos.— La mégalocardi de crois-ance.....	290
III—Thérapeutique —Arsénite de cuivre dans les affections gastro-intestinales —Combien est nuisible l'emploi de l'iodure de potassium ou de sodium dans les néphrites diffuses.—Intoxication aiguë par l'antipyrine.....	305
IV—Chirurgie —Ponction hypogastrique de la vessie.—Larimoient, Glandes lacrymales —Traitement de l'hygroma chronique du genou par la ponction, suivi d'injection de liqueur de van Swieten, par le Dr A. Massy.—De la contracture du biceps dans les arthrites du coude, par le Dr Terrillon.....	308
V—Gynécologie et Obstétrique.—Traitement de la leucorrhée par l'acide borique.—Traitement simple de la fissure à l'anus chez la femme, par le Dr Chéquy.—Cocaïne pour activer le travail des femmes en couche.—Influence des hémorragies de la mère sur la vitalité des fœtus.—Traitement de la pyosalpingite par la large dilatation de l'utérus.—Mort du fœtus pendant la période d'expulsion causée par la rétraction du col utérin sur le cou de l'enfant, par le Dr Auvard.	318
VI—Pédiatrie.—Traitement de la rougeole par les bains froids.....	322
VII—Hydrothérapie.—De l'emploi du drap mouillée en hydrothérapie.....	324
VIII—Hygiène.—Du régime végétarien, par le Dr Dujardin-Beaumetz.....	327
IX—Bulletin.—Le choléra.—Nos collaborateurs.—Du véhicule dans les onguents.....	329
X—Formulaire Thérapeutique.—Alcool absolu dans l'orysypèle.—Acide camphorique contre les sueurs nocturnes des phthisiques.—Moëlle de sureau comme vomitif.....	331

XI—Nouvelles Médicales —Association médicale du Canada. — Dispensaire des Sœurs de la Providence.....	332
XII—Naissances.....	333
XIII—Variétés.—Le mouvement médical actuel par Michel Peter.....	334
XIV—Bibliographie.....	336

## AOUT.

I—Travaux Originaux —Ptomaines et leucomaines, auto-infection, par le Dr P. Philippe, Montréal.—De l'emploi du Viburnum Prunifolium dans l'avortement et dans quelques affections utérines, par Melville E. de Laval, M.D., Victoria.....	337
II—Médecine.—De la diététique du phthisique, par M. Cazenave de la Roche.—Traitement des pustules varioliques de la face par les pulvérisations éthérées de sublimé.—De l'action de la caféine sur les fonctions motrices et respiratoires à l'état normal et à l'état d'inanition.—De l'association de la cocaine et de l'extrait thébaïque pour combattre les vomissements dans la tuberculose pulmonaire et dans diverses maladies chroniques.—Traitement des maladies de cœur par la noix vomique.—Injection de chlorodyne dans la diarrhée grave.—Traitement des névralgies du trijumeau.—Atrophie musculaire aiguë coïncidant avec une tumeur du cou.—Calomel contre l'ascite des cardiaques.—De l'influence du foie dans la production de certaines hémorragies.....	345
III—Chirurgie.—Les injections de naphitol dans le traitement des kystes hydatiques du foie.—Lavements à l'éther dans l'occlusion intestinale.—Fissure du col de la vessie chez la femme et cystite consécutive.....	355
IV—Gynécologie et obstétrique —Conduite à tenir dans les cas d'insertion vicieuse du placenta.—La folie menstruelle.—Traitement des suppurations d'origine utérine, professeur Péan.....	357
V—Pédiatrie.—Fièvre intermittente chez un enfant de quatorze mois.—Traitement des spasmes de la glotte.—Hémorragie vaginale chez une enfant de 3 ans.....	366
VI—Dermatologie.—Prophylaxie et traitement de la trichophytie.....	368
VII—Hygiène.—Désinfection des matières fécales par le lait de chaux.—Le chocolat au point de vue médical.....	373
VIII—Bulletin.—La chirurgie française.—Exécution d'un condamné à mort l'électricité.....	376
IX—Formulaire Thérapeutique.—Potion contre l'asthme bronchique, Williams.—Le nez rouge et son traitement.—Pommade contre les crevasses des mains, Steffen.—Emulsion d'iodoforme.—Traitement de l'ascite, Fuerbringer.—Lotion contre le catarrhe des fosses nasales.—Chloral contre l'alopecie.—Traitement des sueurs des phthisiques.	
X—Variétés.—Délire électrique.—Les condamnés à mort et la Faculté de médecine. — Le système métrique dans la pharmacopée américaine.—Une princesse japonaise.—Nombre des diplômes délivrés aux femmes.—Pourquoi les bossus ont l'air spirituel.—La castration pénale.....	380
XI—Naissance —Mariages.—Décès.—Bibliographie.....	384

## SEPTEMBRE.

I—Travaux Originaux — A Travers les Hôpitaux de Paris, par le Dr J. Lespérance, Montréal, Anus artificiel — De l'endométrite, par le Dr M. E. de Laval, —Etat actuel de la Bactériologie, de la Chirurgie anti-septique, Asepsie, (Congrès de Berlin) par le Dr Paul Philippe, Montréal.....	385
II—Médecine.—Les procédés d'exploration de l'aorte, M. le professeur Peter.—Pneumonie : Traitement par l'acétate de plomb —Dyspepsies et névroses gastriques, emploi du cannabis indica —Traitement de la maladie de Bright chronique, par le professeur Lépine.—Des moyens à employer contre l'énrouement.....	418
III—Chirurgie —Ablation d'un volumineux lipôme après anesthésie par la cocaïne, par le Dr A. Gallet.—Traitement des brûlures.—Du panaris infectieux, par M. le Dr A. Mignau .....	418
IV—Gynécologie et obstétrique.—Massage de l'utérus .....	426
V—Dermatologie.—Des éruptions cutanées produites par le chloral.—Dans quels cas l'emploi du thermocautère est-il indispensable dans la pratique de la dermatologie? .....	429
VI—Nouvelles médicales.—Ecole de médecine et de chirurgie de Montréal Naissance.—Décès.—Bibliographie .....	

## OCTOBRE.

I—Travaux originaux —Discours d'ouverture de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, prononcé le 1er octobre 1890, par E. A. Poirer, M. D. C. M. professeur d'anatomie descriptive.—L'Antiseptie en pratique, par le Dr P. Philippe, Montréal, ancien interne des hôpitaux de Paris.—A travers les hôpitaux de Paris, par le Dr J. Lespérance, Montréal.—Hydarthroses du genou —Hémorroides externes, Lavement d'eau chaude.—Notes sur l'emploi de l'hydrastis canadensis par M. E. de Laval.....	433
II—Médecine.—Traitement de l'érysipèle par la teinture d'iode, par M. le docteur Jacovlew.—Traitement de la laryngite tuberculeuse, par M. le Dr Moure.—Asthme, emploi de la strychnine, par M. le Dr Mays.....	457
III—Chirurgie.—Danger de l'application du chloroforme dans une pièce éclairée au gaz —Traitement chirurgical du goitre, Terrillon.—Traitement précoce du pied-bot congénital, par le Dr Billhaut, de Paris.—L'hydarthrose blennorrhagique et son traitement, par M. le prof. Duplay.....	460
IV—Gynécologie et obstétrique.—Hémorragies utérines, leur traitement, par M. le Dr Terrillon, professeur à la Faculté de Médecine et de Chirurgie de la Salpêtrière.....	468
V—Dermatologie.—Le sélérome des adultes, par M. le Dr Bock, Bruxelles.	475
VI—Nouvelles Médicales.—Notes d'or professionnelles à M. le Dr d'Odet d'Orsonnens.—Divers.—Nécrologie.....	480

## NOVEMBRE.

I—Travaux originaux.—A travers les Hôpitaux de Paris, par le Dr J. Lespérance, Montréal. Palper abdominal.—Endométrite cervicale chronique, par M. le Dr M. E. de Laval, Lake Linden, Mich.....	481
---	-----

II.—Médecine —Le traitement de la pleurésie séreuse par le salicylate de soude, par Tetz.—De la dilatation colique et de son traitement.—Un signe nouveau de cancer de l'intestin grêle.....	494
III.—Chirurgie —L'antisepsie dans l'uréthrite antérieure récente.—La cocaïne, dans les opérations de courte durée, par le Dr Wm. F. Hutchinson.....	497
IV.—Gynécologie et Obstétrique. — Rétention du placenta après l'avortement.—De l'anesthésie dans l'accouchement naturel.....	498
V.—Société médicales.—Société médico-chirurgicale du district d'Iberville et des comtés voisins.....	505
VI.—L'école de médecine.....	505
VII.—Noces d'or professionnelles.....	522
VIII.—Naissance.....	527
IX.—Bibliographie.....	528

## DÉCEMBRE.

I.—Travaux originaux —Sur un cas de dégénérescence amyloïde du foie, par M. le Dr J. C. S. Gauthier, St-Ephrem d'Upton.—De l'endométrite chronique (Suite) par M. le Dr Melville E, de Laval. Lake Linden....	
II.—Médecine.—Des procédés de diagnostic par le prof. Peter.—Le traitement de la tuberculose par le prof. Robert Koch.....	
III.—Chirurgie —Chirurgie du système nerveux central, M. Horsley.—Traitement de l'ongle incarné.....	
IV.—Gynécologie et Obstétrique —Sur l'étiologie de l'hydrorrhée grandique par le Dr Grassé —De la salpingite blennorrhagique par M. le Dr Terrillon.....	
V.—Correspondance.....	564
VI.—Sociétés Médicales —La Société Médico-Chirurgicale du comté d'Iberville et des comtés voisins.....	566
VII.—Bulletin.—La question universitaire.....	566
VIII.—Table des matières.....	568

FIN DE LA TABLE.