

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:

Pagination continue.

- Coloured pages / Pages de couleur
- Pages damaged / Pages endommagées
- Pages restored and/or laminated / Pages restaurées et/ou pelliculées
- Pages discoloured, stained or foxed / Pages décolorées, tachetées ou piquées
- Pages detached / Pages détachées
- Showthrough / Transparence
- Quality of print varies / Qualité inégale de l'impression
- Includes supplementary materials / Comprend du matériel supplémentaire
- Blank leaves added during restorations may appear within the text. Whenever possible, these have been omitted from scanning / Il se peut que certaines pages blanches ajoutées lors d'une restauration apparaissent dans le texte, mais, lorsque cela était possible, ces pages n'ont pas été numérisées.

LA GAZETTE MÉDICALE DE MONTREAL

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

DIRECTEURS : MM.

L'HON. PAQUET,
Professeur de Clinique Médicale.

HINGSTON,
Professeur de Clinique Chirurgicale.

DESJARDINS,
Professeur d'Ophthalmologie.

Secrétaire de la Rédaction : le Dr L. E. FORTIER, No 1208 rue Mignonne.

VOL. VI.

MONTREAL, AOUT 1892

No 8.

TRAVAUX ORIGINAUX.

De l'influence du curage de l'utérus sur les complications des endométrites

Par le Dr J. A. Ouimet, (Paris) Montréal.

La thérapeutique actuelle de l'endométrite, pour la majorité des gynécologistes de notre époque réside dans la destruction, ou tout au moins la modification de la muqueuse utérine ; cette muqueuse est le lieu de culture des éléments pathogènes.

Mais elle n'est pas seulement le lieu de culture de ces éléments ; elle peut devenir aussi la source d'infections s'étendant au-delà, dans le voisinage de l'utérus ; elle peut provoquer l'apparition de foyers inflammatoires paramétritiques, de salpingites, d'ovarites, de pelvipéritonites. La salpingite, dit Schröder, est toujours le résultat d'une inflammation envahissante, venant d'organes voisins ; il n'est pas rare de trouver la muqueuse des trompes inflammée, lorsque le péritoine est le siège d'une inflammation générale ou localisée, du moins lorsque cette affection n'a pas pour résultat l'oblitération des orifices abdominaux des trompes.

Plus souvent la salpingite est due à la propagation d'une endométrite.

Cependant, l'endométrite peut exister pendant des années, et la muqueuse tubaire rester parfaitement normale ; ce sont les processus infectieux, qui paraissent se transmettre de préférence de la muqueuse utérine aux oviducres, bien qu'ils ne soient pas les seuls.

Pour Schroëder, la pelvipéritonite est très souvent la complication de toute une série d'états pathologiques de l'utérus ; on l'observe surtout dans la métrite et dans l'endométrite.

Il est incontestable, disait encore ces jours derniers, M. Doléris, dans des conférences sur la gynécologie, que l'endométrite peut s'étendre aux trompes et que l'inflammation peut s'étendre de là au péritoine ; ceci devient surtout évident quand on se rappelle que la seconde cause par ordre de fréquence de la pelvipéritonite, c'est l'endométrite de nature infectieuse.

L'inflammation tubaire, dit encore M. Doléris n'est dans un certain nombre de cas que secondaire ou consécutive à la métrite.

Puis il ajoute que la pelvi-péritonite est souvent consécutive à une affection de l'utérus ou de ses annexes.

La blennorrhagie est une des causes les plus communes de la pelvipéritonite.

Lawson Tait admet entièrement aussi cette succession dans les accidents.

Les affections inflammatoires, dit-il, comme celles qui se développent dans l'utérus, sont susceptibles de se propager le long des trompes et de produire des affections ovariennes ou péritonéales.

C'est pour cette raison que l'inflammation des trompes est d'une immense importance, et doit être soupçonnée lorsqu'apparaissent les signes d'une extension plus sérieuse de la maladie.

Voies de propagation de l'inflammation.

Deux opinions ont été émises à ce sujet.

L'une a eu pour défenseur, M. Lucas-Championnière. C'est la théorie de la propagation inflammatoire par la voie lymphatique.

La seconde soutenue par Trélat consiste à admettre que l'inflammation se propage par continuité de muqueuse.

Les derniers travaux de M. Cornil sur l'anatomie pathologique des salpingites ont montré, contrairement à l'opinion soutenue par M. Lucas-Championnière, que dans ces affections, l'ostium utérinum participait à la maladie des trompes.

Lolk dans un mémoire important admet nettement la propagation directe de l'utérus à la trompe et c'est de celle-ci qu'il fait ensuite partir tous les accidents que l'on peut observer, comme compliquant l'endométrite.

Il est donc établi que l'endométrite peut provoquer l'apparition d'accidents péri-utérins, de salpingo-ovarite, de pelvi-péritonite.

Fréquence de ces complications.

Ces accidents sont extrêmement fréquents, avec une intensité très variable d'ailleurs. Mais aussi l'endométrite peut exister seule, alors il faut modifier la muqueuse par un moyen approprié, par le curage.

Les complications péri-utérines sont-elles une contre-indication au traitement de l'endométrite.

En avril 1888, M. Doleris écrivait : " Si maintenant on trouve de la paramétrite, toucher à l'utérus avant la guérison de cette complication, serait plus qu'une imprudence, ce serait une faute injustifiable, dont les exemples ne manquent malheureusement pas."

En 1888, M. Pozzi disait aussi : " Les inflammations des annexes constituent (au curage) une contre-indication formelle. On doit soigneusement s'abstenir de manœuvres chirurgicales quelconques dans un utérus, si les annexes, oaires, trompes, ligaments larges, ne sont pas parfaitement sains."

Les complications ne sont pas une contre-indication.

Voilà qui est formel jusqu'en 1888 pour la grande majorité des auteurs, il faut proscrire toute intervention intra-utérine, voire même toute manœuvre sur l'utérus, lorsque des inflammations péri-utérines aiguës, chroniques même, compliquent l'endométrite.

En 1888, M. Poulet, de Lync, dans une note communiquée à la Société Nationale de Médecine de Lyon, montre en s'appuyant sur un certain nombre de faits, que les lymphangites péri-utérines ne sont pas une contre-indication à l'emploi du curage de l'utérus, pour lui, la dilatation du col et le curage est la méthode de traitement de beaucoup préférable dans toutes les inflammations utérines.

Et cela, non seulement quand l'inflammation, dépassant l'épaisseur de la muqueuse, il y a métrite parenchymateuse, mais encore lorsque des produits septiques sont allés plus loin que l'utérus faire de la paramétrite, autour de l'organe.

Cette dernière catégorie, dont les auteurs ont fait une contre-indication formelle, est pour M. Poulet au contraire, une indication de dilater au plus tôt la cavité utérine, pour y pratiquer un curage aussi complet que possible.

Il ajoute qu'ayant eu douze fois l'occasion de pratiquer le traitement intra-utérin dans ces conditions, douze fois il a obtenu la guérison, et en aucun cas, il n'a eu un moment de sérieuse inquiétude pour la vie de ses malades.

M. le professeur Trélat confirme bientôt les affirmations de M.

Pouillet et il dit : " je crois que le curage de la métrite, ou plutôt le traitement approprié des métrites doit être fait aussitôt qu'on est appelé à constater ces métrites, malgré et même au cours des accidents péri-utérins qui compliquent ces métrites et cela, non-seulement lorsqu'il s'agit d'accidents chroniques, mais encore en présence d'accidents aiguës.

Ce sont les septicémies utérines, ajoute-t-il, et non les manœuvres qui sont la cause des accidents : avec la désinfection préalable, non-seulement on évite d'aggraver les accidents, mais encore on arrête toutes les propagations.

Au mois de janvier 1889, M. Doleris fait à la société d'obstétrique et de gynécologie de Paris une communication où il fait connaître, que sur une vingtaine de cas de salpingites, compliquant des endométrites, il a obtenu par le traitement intra-utérin 9 guérisons de salpingites. et 11 insuccès, mais dans aucun cas, il n'a vu les accidents être aggravés par cette intervention. M. Doleris modifie donc dans cette communication complètement les vues qu'il avait sur ce point en 1888.

Le traitement intra-utérin peut guérir les complications.

L'innocuité de l'intervention intra-utérine est donc démontrée, lorsque l'endométrite s'accompagne de complications péri-utérines.

Ces faits, dus à MM. Trélat, Pouillet, Doléris, Segond, Pozzi, forment aujourd'hui un ensemble qui non seulement prouve cette innocuité, mais encore, fait plus intéressant, montre que les complications inflammatoires de l'endométrite, chroniques ou aiguës, peuvent dans un bon nombre de cas être guéries par le traitement de l'endométrite.

M. Ferrier dit : qu'il faut opérer sans attendre les salpingites suppurées, pour les autres on peut différer et faire appel d'abord à d'autres traitements qui pour ne s'adresser qu'à la tunique interne de l'utérus pourraient bien amener la guérison de la complication.

La laparotomie dans les salpingites n'est pas toujours indiquée.

Il est bien entendu que toutes les salpingites ne guériront pas par le traitement intra-utérin, par conséquent la laparotomie n'est pas une opération à rejeter, car elle s'impose en présence d'une ovaro-salpingite suppurée, mais dans d'autres salpingites tout en ne faisant pas cesser les accidents, le traitement intra-utérin les améliorera, et surtout, ce qui a une grande importance, il amènera l'asepsie de cette cavité utérine.

Donc il convient dans toute salpingite en dehors des cas urgents qui n'admettent pas de retard (pyo-salpinx) de faire d'abord le traitement de l'endométrite.

Dans les pelvi péritonites, il n'y pas de doute à avoir, on peut, on doit faire le curage de l'utérus, E. Martin, de Berlin, en ce qui concerne les salpingites, émet l'opinion qu'il ne faut recourir à la laparotomie qu'après avoir épuisé tous les moyens de traitement.

L'existence de complications péri-utérines ne crée pas de conditions particulières au manuel opératoire du curage ; et les soins ultérieurs sont les mêmes que pour le curage d'une endométrite non compliquée.

Conclusions.

1^o L'existence des inflammations péri-utérines au cours de l'endométrite est considérée par tous les auteurs anciens et par la grande majorité des auteurs contemporains comme une contre-indication formelle à toute action sur l'utérus.

2^o L'examen des faits, très nombreux déjà dans lesquels on n'a pas tenu compte de cette contre-indication montre que :

(a) L'intervention intra-utérine n'aggrave pas ces complications.

(b) Cette intervention peut même amener la disparition des accidents.

3^o La condition *sine qua non* de cette innocuité est l'emploi d'une rigoureuse antiseptie.

4^o En présence d'une ovaro-salpingite non suppurée, il ne faut recourir à la laparotomie, qu'après avoir fait le traitement soigneux et approprié de l'endométrite concomitante.

Ce traitement préalable, s'il n'amène pas la guérison de l'ovaro-salpingite, aura du moins l'avantage de préparer l'asepsie des voies génitales.

DR ADRIEN OUMET.

Paris, 10 juillet 1892.

Conduite à tenir pendant la période de délivrance dans l'accouchement à terme.

Par le Dr GEO. LARIN, (Paris) Montréal.

De tout temps cette question a embarrassé le praticien. Depuis Hippocrate jusqu'à Ruysch (1750), les médecins n'avaient qu'un but : celui d'extraire le plus rapidement possible le placenta. A cette fin, ils employaient divers procédés, tels que pression sur le ventre, efforts de toux, de vomissements, etc., etc.

Ambroise Paré, Guillemont et Mauriceau poursuivaient le même but et se hâtaient de débarrasser au plus tôt la femme de l'arrière-faix ; ils considéraient que le mort tue le vif.

Ruysch, après une dissection de plusieurs utérus de femmes récemment accouchées, y signala, au niveau des trompes, l'existence d'un

muscle auquel il donnait la propriété de décoller et d'expulser le placenta, sans l'auxiliaire de la main dans l'utérus. Pendant cinquante ans, cette donnée eut un certain retentissement. Mais c'est à partir de Guizot que le soin de l'expulsion du placenta est confié à la nature. Et, à la même époque, Levret démontre, de la façon la plus nette, que la conduite à tenir ne peut être uniforme et est sujette à des variations multiples.

Depuis, les choses ont peu changé. A l'étranger, deux camps se sont formés ; les uns sont temporisateurs, les autres immédiats. En France, le professeur Dubois, parlant de la conduite à tenir pendant la délivrance, disait : Quand vous aurez attendu un certain temps (dix, quinze minutes), alors vous ferez des tractions sur le cordon. De son côté, le professeur Pajot s'élevait, dans son enseignement, contre cette question dite d'horlogerie, ne connaissant pas à la nature la faculté de se soumettre à ces distinctions arbitraires, et il disait : " Vous ne ferez vos tractions que lorsque le placenta sera décollé." Et le professeur Tarnier ajoutait : " décollé et tombé sur le segment inférieur de l'utérus." Telle est en peu de mots la conduite tenue jusqu'en ces derniers temps.

J'ouvre ici une parenthèse pour faire paraître un tableau composé de mille observations cueillies à Beaudelocque, dans le service de M. le professeur Pinard. Ce tableau, comme on le voit, comprend trois catégories.

DÉLIVRANCE.

Délivrance spontanée.	Délivrance naturelle.	Délivrance artificielle.
Le placenta a été expulsé spontanément :	La délivrance a été faite :	On est intervenu :
17 fois après l'accouchement	27 fois 20 min. après acc.	3 fois immédiatement après accouchement.
42 do 5 min. après do	34 do 25 do do	
42 do 10 do do do	45 do 30 do do	3 do 15 min. do
28 do 15 do do do	151 do 35 do do	2 do 20 do do
19 do 20 do do do	184 do 40 do do	3 do 30 do do
33 do 30 do do do	90 do 50 do do	2 do 50 do do
24 do 40 do do do	118 do 1 h. do	3 do 1 h. do
1 do 1½ h. do do	33 do 1½ h. do	1 do 2 h. do
3 do 2½ h. do do	9 do 2 h. do	
1 do 3 h. do do	3 do 2½ h. do	
	1 do 3 h. do	
	3 do 3½ h. do	
	2 do 4 h. do	
	2 do 5 h. do	
	1 do 6 h. do	

Dans la première catégorie, délivrance spontanée, la nature fit tout. Dans la deuxième, délivrance naturelle, l'art n'est intervenu que dans

des conditions particulières. Enfin dans la troisième, délivrance artificielle, on est intervenu dans les trois périodes de la délivrance : décollement, engagement, extraction.

Avant d'entrer dans le vif du sujet, voyons d'abord quels sont les phénomènes cliniques qui se passent au milieu du placenta et de la membrane interne de l'utérus après l'expulsion du fœtus, puis nous verrons ensuite les phénomènes qui se passent dans l'organisme.

Phénomènes locaux.—Le premier phénomène à observer, après l'expulsion du fœtus, concerne la situation, la forme et le volume de l'utérus. Pour le constater, il faut reporter la main sur la paroi abdominale à la recherche de l'organe gestateur. Le plus souvent, il est situé à droite au-dessous de l'ombilic, et a la forme globuleuse. Il y a 15 à 20 ans, en France, l'on disait : " Dès que le fœtus est expulsé, il faut reporter la main sur la paroi abdominale pour se rendre compte s'il y a ou pas un autre fœtus." Aujourd'hui, grâce au palper abdominal (1), l'on fait son diagnostic avant l'accouchement et l'on ne se contente que de trouver l'utérus. Un moyen capital de s'assurer de l'état de l'utérus, c'est le caractère du pouls à la radiale; s'il est lent ou normal on peut être tranquille, mais s'il est fréquent, sans élévation de température, on doit se tenir sur ses gardes, car on aura presque sûrement maille à partir avec une hémorrhagie. En résumé, si l'utérus est situé au-dessous de l'ombilic et que le pouls est lent, on peut être tranquille. Il est cependant des cas où l'utérus remonte au-dessus de l'ombilic, et c'est souvent alors du à une distension de la vessie par rétention d'urine. On pratique alors le cathétérisme sans plus de retard.

Phénomènes généraux.—On sait à quelles poignantes douleurs les femmes sont en proie pendant la période d'expulsion du fœtus. Il se produit toujours alors dans le canal génital des fissures ou des déchirures plus ou moins profondes, et les femmes éprouvent à la fois des sensations de compression, de brûlure et de cuisson. Cependant, bientôt succède un bien-être qu'elles savent bien définir, mais il ne dure qu'un court moment, et assez souvent les femmes sont prises d'un violent frisson, comme dans la période clonique de l'éclampsie. Il n'est cependant pas de mauvaise nature, étant d'ordre réflexe, il est à la période d'expulsion ce que sont les vomissements à la période de dilatation. Qu'elle ait un frisson ou pas, qu'elle soit primipare ou multipare, la femme est bientôt arrachée de ce bien-être; elle éprouve des douleurs (contractions) qu'elle accuse par des plaintes, et la déses-

(1) Dr Jos. Lespérance, "Palper abdominal," *Gazette Médicale*, novembre 1890.

pérance reparait. Ces contractions sont plus douloureuses chez la multipare; on les appelle tranchées, et dans certains cas elles sont si intenses, qu'elles nécessitent post partum une médication spéciale.

Ces douleurs coïncident avec l'expulsion du placenta, avec ou sans hémorrhagie. Le nombre et l'intensité de ces douleurs varient avec chaque utérus. Les utérus ne sont pas tous impressionnables au même degré, c'est comme le caractère d'un chacun. Ces douleurs donnent la sensation des constrictionnements abdominaux et lombaires, à laquelle s'ajoute celle de lésantur; alors les femmes s'écrient "que ça pousse et qu'elles vont accoucher de nouveau." Que s'est-il donc passé? Le placenta s'est décollé, s'est laissé choir sur le segment inférieur de l'utérus, le périnée s'est distendu, puis le placenta a été expulsé. Cette synergie des contractions utérines et des efforts de la femme peuvent être la cause de déchirure et de rétention de membranes.

En résumé, la femme est passée par trois phases distinctes : (a) Bien-être presque indéfinissable ; (b) frisson violent ; (c) malaise et agitations pénibles provoquées par les contractions. Cette dernière phase correspond à la distension du périnée, à l'ouverture de la vulve, puis à l'expulsion du placenta.

Quelle conduite tenir ?

D'une manière générale, il faut explorer la paroi abdominale toutes les cinq minutes, et se rendre compte du mouvement ascensionnel (1 à 2 pouces) que subit le fond de l'utérus; surveiller le caractère du pouls et ne pas s'étonner s'il est intermittent, car il a une signification tout aussi heureuse que celle du ralentissement. Ce n'est que lorsque la femme commence à pousser (3e période) que l'on est autorisé à faire l'exploration interne. Et c'est surtout à ce moment de l'acte obstétrical que les précautions antiseptiques doivent redoubler, attendu que toutes les bouches absorbantes, depuis l'orifice vulvaire jusqu'au fond de l'utérus sont béantes et prêtes à englober les germes septiques; donc, avant toute intervention interne, lavage des mains dans un liquide antiseptique; puis, le cordon légèrement tendu servira de guide pour le toucher. Et selon que le placenta se présentera par l'un de ces trois modes: face utérine, face fœtale et bord, l'intervention variera. Ou l'on rencontrera immédiatement le placenta se présentant par son bord, et dans ce cas, il sera échappé du sang: hémorrhagie physiologique. Et, au doigt, on aura d'un côté la sensation de la face fœtale; de l'autre côté, sensation de la face utérine et des cotylédons. Quelquefois, cependant, les membranes masquent toutes les sensations de surface rugueuse. Dans ce cas, on peut dire que le placenta est décollé. Cette constatation faite, Monsieur le professeur

Pinard conseille fortement d'intervenir et de ne pas laisser à la nature le soin d'expulser le placenta, car il reste alors dans la cavité utérine quelques lambeaux de membranes qui peuvent être le point de départ d'une infection. Dubois, qui était un clinicien de premier ordre et un observateur sagace, Cazeau, Dupaul et ses élèves firent des expériences dans lesquelles ils constatèrent que le placenta, décollé et tombé sur le segment inférieur, peut y rester longtemps. Il reste à se demander si le placenta peut y séjourner 24, 48 heures sans devenir "corps étranger." M. Pinard a observé un placenta, tombé sur le segment inférieur de l'utérus depuis 36 heures, donner lieu à un commencement de putréfaction. Mais, sans insister sur la putréfaction qui est cependant un fait capital, il arrive souvent que, lorsque le placenta se présente par sa face fœtale et que les membranes sont un peu adhérentes, le sang s'écoule en arrière d'elles. emplit la poche et détermine une hémorrhagie secondaire. La conduite de nos prédécesseurs était donc rationnelle en ne laissant pas à la nature le soin de l'expulsion du placenta. Ajoutons à toutes ces raisons pour la délivrance naturelle une autre d'ordre moral. La femme n'est pas tranquille tant que tout n'est pas fini. De plus, si on la laissait, les sources d'infection seraient toujours à craindre. Voilà donc plus de raisons qu'il n'en faut pour être partisan de l'intervention.

Mais à quel moment intervenir et comment ?

On ne doit pas intervenir tant que le placenta n'est pas décollé. Voilà ce que le professeur Pajot a enseigné pendant vingt ans dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine. Ceci est parfait au point de vue didactique ; c'est loin d'être précis et suffisant au point de vue clinique. Et dans son livre, un peu plus loin, on lit : "L'on peut commencer les tractions sur le cordon quand le placenta est sur le segment inférieur." Mais il y a des circonstances dans lesquelles le placenta est là et qu'il y a encore des adhérences. Il sera donc plus exact de dire : "Il faut intervenir quand le placenta est sur le segment inférieur de l'utérus, engagé dans le vagin, et que l'insertion du cordon sur le placenta est trouvée. Si toutes ces raisons ne sont point réunies, il vaut mieux attendre et ne pas intervenir."

Peut-on dans tous les cas arriver sur l'insertion du cordon ? Dans quel cas ? Toujours accessible quand on le recherche dans la présentation de la face fœtale ou de son bord, il ne l'est pas dans la présentation utérine ; et l'on comprend facilement que, dans ce cas, l'insertion du cordon est en arrière.

L'insertion du cordon étant trouvée avec une présentation de la face fœtale ou de son bord, quel mode suivre ? quel procédé d'inter-

vention employer ? Deux méthodes sont en présence : (a) la méthode de traction ; (b) la méthode d'expression. La première consiste simplement à faire des tractions sur le cordon ; elle est plus que séculaire. La seconde n'a existé qu'à l'état rudimentaire. Elle fit grand bruit en Allemagne et en Angleterre (de 1853 à 1861), et ne fut vulgarisée en France qu'en 1880, sous le nom de "méthode de Credy." Fochier, à Lyon, et Chantreuil, jeune agrégé de la Faculté de Paris, en furent de chauds partisans ; cependant, elle reçut un mauvais accueil par les maîtres de Paris. Credy, en 1852, donna l'exposé de sa méthode, modifiée depuis. Elle consistait à saisir avec la main, une demi-heure après l'expulsion du fœtus, le fond de l'utérus, pour aider aux contractions utérines et à l'expulsion du placenta. Ses élèves dépassèrent le but, et conseillèrent de faire l'expression immédiatement après l'accouchement. Credy eut le tort de les suivre, en disant : "Employez la méthode dès que les contractions se montrent ; sinon, faites les renaître," et l'idée fut adoptée. Cependant, elle donna lieu à plusieurs accidents : rétention de membranes, inversion utérine, hémorrhagie, etc. Bientôt, en Allemagne, plusieurs accoucheurs s'élevèrent contre cette méthode ; et, à Paris, M. Pinard la considéra comme une méthode anti physiologique et est demeuré partisan de la méthode de traction, mais pratiquée dans les conditions ci-dessus indiquées : placenta décollé, tombé sur le segment inférieur de l'utérus, engagé dans le vagin, et l'insertion du cordon auparavant trouvée, sans adhérence des membranes.

Le professeur Pajot disait : "Je tends et j'attends." Mais dans quelle direction tirer ? Pajot disait : "Tirez dans l'axe du canal génital." Mais la question n'est pas là ; il en est une qui prime toutes les autres : Où est le cordon ? Si le placenta se présente par sa face fœtale, le cordon sera au centre ; alors les tractions devront être faites de haut en bas, le siège étant toujours élevé sur des draps repliés. Si le cordon est en arrière, les tractions seront faites de bas en haut. Si le placenta se présente par son bord, il y aura alors bien des chances pour que les membranes soient courtes d'un côté et tirillées en un seul point ; dans ces cas, il faut que les tractions soient lentes, et uniformes et régulières. Dans la présentation fœtale, le siège de la femme étant élevé, on saisit le cordon aussi près de la vulve que possible d'une main, avec de la ouate antiseptique. Le professeur Depaul recommandait d'appliquer l'autre main sur la paroi abdominale pour voir s'il n'y aurait pas un commencement d'inversion utérine ; ce qui, dans notre cas, n'est plus possible, puisque le placenta est décollé. Cependant, avec une main sur l'utérus, on en presse le fond d'avant en arrière et de haut en bas, pour réduire l'anteversion

qui existe toujours ; d'autre part, cette main renseigne aussi sur l'état de l'utérus ; s'il se durcit et donne cette consistance ligneuse si caractéristique de la contraction, on suspend alors les tractions pour éviter la déchirure des membranes, et si, à ce moment, la femme veut pousser, il faut l'en empêcher.

Quand le placenta suspendu est retenu par les membranes on a donné le conseil de le saisir avec les mains et de lui faire trois mouvements de rotation en l'extrayant. Cette méthode est mauvaise si le placenta se présente par la face foetale, car le sang s'accumulant et les membranes ayant peu d'adhérence se décolleront en certains points et formeront des poches remplies de sang. Si au contraire, les membranes viennent d'elles-mêmes la méthode n'offre aucun désavantage. Mais que faire si l'expulsion du placenta s'est faite avec membranes coupées et bords déchiquetés ? Attendre, et ne jamais aller à la recherche des membranes avec la main dans l'utérus.

Le placenta ne se présente pas toujours par sa face foetale ou par son bord, souvent c'est par la face utérine et alors au toucher on sent un corps mou, difficile à reconnaître, on arrive sur les cotylédons et comme la découverte de l'insertion du cordon est impossible on ne fait pas de traction ni de tension. A moins, chose rare, de l'avoir trouvé, car si l'on tirait on retournerait le placenta et l'on déchirerait les membranes. Il faudra donc dans ce cas recourir à la méthode d'expression.

Conditions dans lesquelles on doit employer la méthode dite d'expression.

On peut être embarrassé à la recherche du cordon même avec un placenta engagé, se présentant par sa face foetale ou par son bord. Le cordon étant tendu légèrement le doigt arrivera et éprouvera quelquefois une sensation étrange, bizarre, mal définie dans les cas où le cordon s'insère sur les membranes : insertion velamenteuse du cordon ; les vaisseaux sont dissociés et comme l'union fait la force il s'en suit que nous avons ici moins de résistance que dans l'insertion franche du cordon sur le placenta, et que si alors on fait des tractions on risque beaucoup de rompre le cordon. On doit donc dans ce cas ainsi que dans celui de la présentation utérine, recourir à la méthode d'expression mais pratiquée d'une manière bien autre que celle recommandée par Credé. Appliquez la main à travers la paroi abdominale sur l'organe gestateur et le presser dans l'intervalle des contractions, car si l'on exerçait des pressions pendant les contractions l'utérus expulserait tout et l'on aurait déchirure et rétention d'une partie des membranes. Cette manœuvre doit durer 10, 15 minutes et

même davantage, il ne faut pas trop se hâter. Cette lenteur paraîtra peut-être désespérante pour l'entourage et la parturiente, tout autour de vous protestera, mais patientez pour le salut de la femme et votre tranquillité.

Il n'y a qu'une chose qui puisse vous presser, c'est l'hémorrhagie, l'hémorrhagie pathologique, pas la physiologique. L'hémorrhagie dans ces cas a deux manières de se manifester. Ou elle est presque foudroyante et le sang coule avec une rapidité telle que les deux cuisses écartées en sont couvertes jusqu'aux genoux. Un rien peut quelquefois la produire, un accident, une émotion un peu vive telle que la suivante : une femme ayant perdu son premier enfant est très-heureuse d'en avoir un autre. Dans ces cas l'utérus peu retractoré est resté haut et a une forme allongée, le pouls n'est pas encore rapide, il est plutôt lent, il y a inertie de l'organe, le placenta ne s'est pas décollé, on dirait "que l'organe gestateur s'est évanoui dans le ventre tant il est flasque," il s'écoule alors un peu de sang, puis au bout de 5, 10 minutes, $\frac{1}{4}$ d'heure le pouls s'accélère, la femme pâlit, entend des bourdonnements dans les oreilles, état syncopal puis si ça continuait, coma et mort.

En présence d'un drame aussi émouvant il faut se hâter de recourir aux injections intra-utérines, aux irrigations avec eau bouillie et extrêmement chaude 40° centigrade, faite entre les membranes utérines et le placenta décollé. Pendant ces injections on malaxe bien l'utérus pour faire décoller le placenta. Après l'expulsion du placenta on continue les injections utérines. Mais si l'hémorrhagie ne cesse pas on a alors affaire à une hémorrhagie foudroyante, l'utérus pisse le sang gros comme le poignet, la femme dit qu'elle ne voit plus clair et sent qu'elle s'en va. Alors on applique la main sur l'utérus et on comprime l'aorte abdominale audessus du fond de l'utérus. Ce moyen qui réussit admirablement et qui consiste à aplatir l'aorte contre la colonne vertébrale, donnera le temps de préparer l'eau chaude et de vous faire laver la main libre, pour employer le moyen radical ; la délivrance artificielle faite dans des conditions particulières en procédant de la périphérie au centre.

Examen du placenta.

La délivrance faite artificiellement ou naturellement par traction ou expression, il reste le placenta à examiner. Cet examen ne doit pas être fait seulement au point de vue scientifique pour constater si la délivrance est complète et bien faite mais aussi dans celui des indications à tirer dans l'intérêt de la mère et de l'enfant. D'une manière générale par l'inspection des membranes maternelles on ne peut pas

toujours dire si la délivrance est complète. Souvent il en reste des débris dans l'utérus qui sont éliminés avec les lochies dans les jours qui suivent. Si l'examen des membranes n'est pas positif il n'en est pas de même de celui du placenta. Il faut s'assurer si sa forme est normale, voir s'il n'y a pas de cotylédons supplémentaires ou rétention, chercher sur les membranes s'il n'y a pas eu rupture de vaisseaux, s'il n'y a pas de foyers hémorrhagiques dans le placenta, le peser, constater s'il est volumineux ou pas par rapport au poids de l'enfant.

Quoique ce ne soit pas un critérium, si le placenta est volumineux par rapport au poids de l'enfant il y a de grandes chances pour que l'enfant soit syphilitique, de là, médication très-utile, le fait étant confirmé, pour l'enfant la famille et la société en général. Il y a quelque temps à la clinique Beaudelocque nous avons un fœtus de sept livres avec un placenta d'une livre et quatre onces. Ce seul fait attira l'attention de M. Pinard qui diagnostique sur le champ une syphilis héréditaire ; les aveux du père de l'enfant vinrent confirmer le diagnostic.

Souvent il existe des foyers hémorrhagiques dans le placenta des albuminuriques qui pendant leur grossesse ont peu ou presque pas présenté de symptômes d'urémie. La découverte de ces foyers hémorrhagiques est souvent dans les maternités depuis que l'on examine avec soin les placentas, le premier indice révélateur de la lésion rénale ; et tout récemment encore M. Pinard nous communiquait l'observation de la femme d'un médecin chez laquelle l'on ne diagnostiqua la lésion rénale qu'à l'examen du placenta. L'examen du placenta est donc aujourd'hui une chose reconnue absolument nécessaire.

Obstacles à l'engagement du placenta.

Il est des cas dans lesquels le placenta ne s'engage pas. Quelles sont donc les causes qui l'en empêchent ? Dans une première catégorie de cas, le décollement (1er temps) existe, cependant il ne tombe pas sur le segment inférieur. Au palper l'utérus a sa forme régulière, seulement sa situation est anormale, le fond est trop élevé. Il n'existe pas de phénomènes généraux d'hémorrhagie. On fait le toucher et l'on arrive sur le placenta. Quelquefois c'est dû à une cause mécanique telle que la réplétion de la vessie qui empêche l'engagement du placenta décollé normalement—tumeur physiologique.—Dans la deuxième catégorie la cause peut être due à une tumeur fibreuse, implantée sur le segment inférieur de l'utérus ou même à la partie supérieure de l'organe gestateur et qui peut après l'expulsion du fœtus tomber, s'invaginer et oblitérer le conduit. Alors il faut introduire la main

dans l'utérus, libérer le conduit et prendre le placenta avec les doigts. Il pourrait pareillement y avoir des tumeurs périphériques, kystes de l'ovaire, etc., etc., dans ces cas l'intervention est simple.

Si par exemple il n'y a pas de tumeur, le placenta n'est pas tombé et la femme est accouchée depuis 1, 2 heures ; ou bien il y a au niveau des organes génitaux écoulement sanguin, le linge est souillé d'un peu de sang ou bien elle ne perd pas du tout. Dans ce cas le placenta peut être retenu dans la cavité utérine parce qu'il ne s'est produit aucune contraction (inertie) ; ce qui est la cause la plus fréquente à la suite de fatigue excessive de l'organe ou de l'organisme. L'utérus a perdu de son ressort, quelquefois il y a de la physiométrie, l'utérus est comme un chiffon de papier. Il y a des cas où ni l'organe ni l'organisme ne sont fatigués et où le placenta ne s'est pas décollé du tout. Dans ces cas la cause la plus fréquente est l'adhérence anormale des membranes dont les contractions ne peuvent venir à bout. Ces adhérences sont tantôt partielles, tantôt complètes. Parmi les autres causes on peut citer la rétraction d'une partie de l'utérus, contractions irrégulières et spasmodiques, enchatonnement ; on sait qu'il y a un état paralytique chez toutes les femmes parce que l'utérus a été excité anormalement dans deux circonstances surtout, soit par un agent ocytotique ou par l'adhérence anormale des membranes ; entre ces deux extrêmes il y a place pour toutes les nuances. En face du premier cas, perle expulsion depuis une heure, placenta non décollé, que faire ? Les uns attendent, d'autres interviennent. Il est de règle absolue d'intervenir si l'anémie est aigue, d'autre part l'intervention doit être aussi la règle attendu que l'on ne sait pas quand l'écoulement cessera. Dans ce cas c'est à la délivrance artificielle qu'il faut recourir.

La femme ne perd pas de sang du tout, que faire ? Attendre ou intervenir ? Aucune cause mécanique n'existe, au palper l'utérus a une forme irrégulière et si l'on n'intervient pas l'enchatonnement physiologique qui existe déjà deviendra pathologique et l'on sera empêché d'entrer dans la cavité utérine. Peut-on compter sur la rétraction et la contraction de l'utérus pour décoller le placenta ? non, car à l'autopsie c'est avec grande peine que le scalpel parvient à l'en séparer de l'utérus ; aussi la putrefaction peut facilement venir compliquer d'avantage la situation. En général dans ce cas il faut attendre au maximum deux heures et recourir à la délivrance artificielle ; placenta adhérent d'une façon partielle et anormale. La main introduite rarement à lutter contre un canal rétréci, elle suit le cordon et se dirige jusqu'à l'endroit adhérent, et explore bien la paroi utérine et à ors les doigts doublés des membranes elle fait légèrement des trac-

tions. Tout le temps de l'exploration on fait suivre la main d'une canule en verre qui laisse couler de l'eau chaude ; en même temps qu'elle excitera l'utérus, elle aura une action antiseptique. Dans les cas heureux cette intervention sera facile et couronnée de succès. Si l'adhérence est complète et la pénétration de la main dans la cavité utérine encore possible, on se rend compte de l'insertion du cordon sur le placenta, puis combinant le toucher intra-utérin au palper abdominal on aura la sensation d'un uterus farci de fibrômes interstitiels ; Levret l'avait constaté. La paroi utérine est massée autour du placenta. Il ne faut pas perforer le placenta au centre ; physiologiquement, il commence toujours à se décoller par sa périphérie. En respectant l'insertion du cordon sur le placenta, on délimite sa périphérie avec les doigts doublés avec les membranes sur les points où l'adhérence est moins intense, et procédant de dehors en dedans, on le décolle peu à peu. Pendant tout le temps, la main appliquée à travers le paroi abdominal nous guide. Si la main dans l'utérus se paralyse, on la retire et l'on fait en même temps des injections intra-utérines, car, dans ces cas, l'utérus perd souvent, et les syncopes sont à redouter et à prévenir. Il faut, en même temps, être d'une antiseptie sévère. Ces cas, heureusement, sont rares, car c'est la partie la plus délicate et en même temps la plus pénible de l'obstétrique.

Jusqu'à présent on n'a assisté qu'à une série de faits naturels physiologiques, compliqués par un défaut d'intervention tardive, ou par une intervention en dehors du moment d'élection. Mais si l'enchaînement est partiel ou total, et que l'utérus irrité est devenu tétanique, que faire ? Employer la morphine en injections et l'anesthésie prolongée par le chloroforme ; alors on aura des chances de pénétrer dans un canal extrêmement étroit. Si ce moyen ne réussit pas, introduire un dilatateur de Champetier, qui agira comme corps étranger ; l'utérus reprendra sa consistance, le ballon sera expulsé, puis le placenta suivra,

En dehors de ces cas, si appelé auprès d'une femme non délivrée, que le placenta ne soit pas décollé et que le cordon soit rompu par une manœuvre inhabile, il s'agit alors de pénétrer dans l'utérus et de faire la délivrance artificielle ; s'il y avait tétanisation, on recourra au moyen ci dessus indiqué. Maintenant, si l'extraction n'est pas faite, et qu'après des tentatives sur le cordon l'on ait administré 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 grammes de seigle ergoté, que faire ? Si le ballon de Champetier nous manque, on emploie le chloroforme, et on parvient par le cathétérisme digital à introduire un, deux, trois doigts, puis à passer en arrière du placenta et à l'arracher par portion. Dans l'accouchement à terme, le placenta agit après l'expulsion du fœtus comme un

corps étranger, tandis que dans l'avortement il peut rester des mois dans l'utérus sans danger. Témoin, récemment, d'un cas semblable à celui que je viens de représenter, l'intervention n'a duré pas moins de deux heures. Il faut toujours accompagner et faire suivre ces manœuvres d'injections intra utérines d'eau très chaude.

DR GEO. LARIN.

COURS ET CLINIQUES

HOTEL-DIEU

SERVICE DE M. LE DOCTEUR G. H. MERRILL.

Calcul prostatique avec opération.

L. R., âgé de 36 ans, est admis à l'Hôtel-Dieu, salle St-Joseph.

Le 2 novembre 1891 il travaillait à sabler une écluse, lorsqu'un éboulement de terre se fit sentir et il en fut retiré avec une fracture de la cuisse.

L'union osseuse se fit à la longue laissant une difformité anguleuse avec un *sinus* d'où il y a un écoulement purulent.

Deux ou trois mois après cet accident le malade commença à ressentir des douleurs dans la région prostatique avec irritation vesicale, et cet état de choses se continue jusqu'à son entrée à l'Hôtel-Dieu vers le 1er août.

Lors de son admission, le malade se plaint surtout de l'état de la vessie, et l'écoulement continuel de l'urine joint aux autres souffrances l'avait réduit à une grande débilité.

Pendant qu'il examinait le fémur dans l'intention d'une intervention chirurgicale, le malade attira l'attention du Dr Merrill sur l'état de la vessie, et celui-ci procéda aussitôt à l'examen de l'organe par la sonde uréthrale. Il chercha vainement dans la vessie pour un calcul, mais il remarqua qu'en traversant la région prostatique l'instrument grincha sur un corps rude qui semblait entourer le canal de l'urèthre. D'autres examens par l'extérieur aidés par la sonde, démontrèrent conclusivement l'existence d'un calcul prostatique d'un volume assez considérable.

Après s'être consulté avec ses confrères le Dr Merrill résolut de pratiquer la lithotomie afin de pouvoir saisir et enlever le corps étranger.

L'opération eut lieu le 5 courant en présence de MM. les Docteurs Guérin, Chartrand et F. X. Plouffe, ce dernier étant chargé de l'anes-

thésie. La taille se fit par la méthode dite latérale, et une fois l'ouverture faite dans la vessie le chirurgien avec la sonde et le doigt y poussa le calcul, d'où il fut facilement retiré avec le forceps spécial.

Le calcul était de composition phosphatique, et mesurait à peu près deux pouces de longueur.

Il y eut guérison sans incident fâcheux, et le malade à l'heure qu'il est éprouve un soulagement complet du côté de la vessie.

Ces calculs prostatiques ne se rencontrent pas aussi souvent que les calculs de la vessie, et peuvent donner lieu à beaucoup de souffrance sans que leur existence soit soupçonnée. Il arrive parfois que le corps étranger est d'un tel volume qu'il empiète sur l'urètre de manière à former une espèce de stricture, et parfois un prolongement projeté jusqu'à dans la vessie.

THERAPEUTIQUE

Transfusion du sang dans l'anémie pernicieuse.

Par M. BRAKENRIDGE. (*Soc. médecine-chirurg. d'Edimbourg*, séance du 22 juin 1892.)

L'auteur lit une note sur le traitement de l'anémie pernicieuse par la transfusion du sang humain. Il a observé neuf cas de cette maladie en 1891. Dans chaque cas, le traitement habituel par le fer, l'arsenic, etc., a été consciencieusement tenté. Il a réussi dans quatre cas, mais dans cinq on fut obligé d'en arriver à la transfusion du sang humain. Les cas étaient presque également partagés en ce qui concerne les sexes; l'âge variait de 25 à 63 ans. Dans quelques cas, les globules rouges du sang étaient tombés à près de 500.000 par millimètre cube et l'hémoglobine à un taux de 20 et même de 16 pour cent. Les symptômes concomitants habituels à l'anémie étant présents: pâleur, peau jaune citron, dyspnée, souffles hématiques, etc. On pratiqua la transfusion toutes les fois que le traitement empirique ne réussissant pas, l'état des malades devenait plus grave. Le nombre des transfusions a varié de une à quatre, et la quantité de sang transfusé, de 60 à 250 grammes environ. Dans l'un des cas, il se produisit une tuberculose aiguë miliaire très peu de temps après la première transfusion et la mort arriva au bout de la troisième semaine. Chez un autre malade, des frissons se manifestèrent peu d'heures après la transfusion; puis apparurent des douleurs vives dans le bras enfin une phlébite se déclara. La cause en fut trouvée dans l'impureté de l'eau distillée,

employée comme dissolvant du phosphate de soude, solution servant à maintenir le sang liquide. Actuellement la phlébite est guérie ; les globules rouges, de 100,000, sont montés à 2,005,000 ; il sera soumis à une nouvelle transfusion, si cela est nécessaire. Chez les trois autres malades, une amélioration sensible a suivi la première et chacune des transfusions postérieures. Dans quelques cas, le nombre des globules est monté au chiffre normal et les malades sont actuellement bien portants. M. Brakenridge en conclut que la transfusion n'est pas seulement légitimée par ces expériences, mais même qu'elle devient un mode de traitement obligatoire dans les cas graves.—R. F. M.

Revue de Méd. Chir. et Abst.

Nouvelles recherches sur le traitement de la phthisie

Par le professeur E. DE RENZI. (*Rivista clinica terapeutica*,
numéro de juin.)

M. de Renzi, après diverses tentatives sur des lapins et sur des chiens, a fini par essayer sur l'homme des injections d'un sérum iodé, dont voici la formule :

Eau distillée.....	1.000	grammes.
Iode pur.....	1	—
Iodure de potassium.....	2	—
Chlorure de sodium.....	6	—

Certains malades s'étant refusés à subir des injections qui finissaient par atteindre le chiffre de 500 à 550 grammes pour une injection, M. de Renzi s'est décidé à employer le remède par la voie buccale.

Ce médicament est assez bien toléré ; il n'est pas mauvais au goût, chez tous les malades, il a produit de la polyurie et de la polyphagie.

Comme phénomène d'intolérance, on a noté du coryza, une sensation de brûlure avec rougeur aux conjonctives, des douleurs du pharynx, de l'acné. Au bout de quelques jours, ces phénomènes diminuent d'intensité, même lorsque l'on augmente progressivement les doses du médicament. Deux malades ont accusé des troubles gastriques et de la cardialgie. L'une d'elles a insisté vivement pour qu'on diminue les doses du remède. M. de Renzi a cédé à ses supplications ; mais depuis deux jours, il a repris les anciennes doses, à l'insu de la malade, et elle n'a rien senti et ne s'est pas plaint.

Quant à l'action curative de cette médication, M. de Renzi se croit dès aujourd'hui autorisé à affirmer qu'elle est supérieure à toutes celles que l'ont précédée. Le poids du corps augmente, la quantité des ba-

cilles expectorés, diminue, la fièvre même baisse habituellement d'une manière sensible ou disparaît entièrement.

M. de Renzi continue d'ailleurs ses observations. Dans les cas de fièvre intesne, il ajoute un seul médicament à son sérum iodé-ioduré, c'est l'acide salicylique employé en lavements. Il a eu recours contre la diarrhée à du salicylate de bismuth ; ainsi donc son traitement consiste à l'emploi du sérum iodé à la dose journalière de 200 à 300 grammes.—P. F.

Revue Générale de Méd. Chir. et Abst.

Premiers soins à donner aux malades atteints de diarrhée cholériforme.

Il faut : 1° *Réchauffer le malade* ; 2° *combattre la diarrhée* ; 3° *arrêter les vomissements.*

1° Pour réchauffer le malade :

Boissons chaudes et alcooliques.—Café noir léger additionné d'eau-de-vie.—Thé chaud avec du rhum.—Grogs.

Frictions sèches énergiques. Enveloppement dans des couvertures. Boules d'eau chaude ou briques chauffées autour du malade.

2° Pour combattre la diarrhée :

Administer tous les quarts d'heure *trois* cuillerées à soupe de la limonade suivante :

Acide lactique.....	10 grammes.
Sirup de sucre.....	90 “
Alcoolature d'orange.....	2 “

à verser dans un litre d'eau.

3° Pour combattre les vomissements :

Administer des petits morceaux de glace ou des boissons gazeuses et donner toutes les heures *vingt gouttes* de l'élixir suivant :

Elixir parégorique 20 grammes.

PATHOLOGIE INTERNE

CHOLERA INDIEN OU CHOLERA NOSTRAS ?

Hôpital Necker.—M. le Professeur PETER.

Nous allons parler aujourd'hui du choléra. Tous les ans, en France, du printemps à l'automne, à Paris et dans certaines grandes villes, on observe des cas de choléra mortels. Les nosographes l'appellent "choléra nostras" ; mais pour qui sait observer avec attention et sans

parti pris, ce ne sont pas là des cas isolés et fortuits. On voit d'abord des cas de diarrhée simple ; puis la diarrhée très abondante, diarrhée cholériforme ; puis surviennent des vomissements et des crampes, c'est la cholérine. Enfin, il peut survenir de la cyanose avec refroidissement des extrémités, crampes, vomissements de matières blanchâtres, selles riziformes, c'est le choléra nostras : et voilà la série morbide constituée.

Eh bien, les nosographes se consolent en disant que c'est là du choléra nostras et non du cholera indien, parce que pour eux le choléra nostras n'est ni contagieux ni épidémique. Or, pour moi le choléra dit nostras est contagieux, ainsi que je vous le prouverai en vous racontant ce qui s'est passé à Nanterre et en le comparant à ce qu'on a observé en 1884 à l'asile de Breteuil. Epidémique, il l'est aussi. Dans ce moment il se produit à Paris et dans ses environs de petites épidémies de choléra ; s'il ne se généralise pas davantage, c'est qu'il n'y a pas en France la misère, l'encombrement et la chaleur qui existent dans l'Inde, c'est que Paris n'est ni Bénarès, ni Calcutta.

Ces prémisses étant posées, je vais vous citer quelques faits à l'appui. Il vient de nous être donné d'observer un cas de choléra aussi foudroyant que peut l'être le choléra asiatique le plus prononcé. Voici le fait :

B..., âgé de quarante-neuf ans, était chauffeur à Grenelle. Mercredi il avait travaillé toute la journée, était rentré à sept heures, avait fait son repas du soir et s'était couché bien portant.

A minuit, il a été pris par deux fois de vomissements composés en grande partie d'aliments non digérés, pris il a eu de minuit à huit heures du matin sept à huit selles très abondantes, liquides et claires comme de l'eau. A deux heures du matin, *crampes violentes* dans les jambes. Ces crampes ont disparu en même temps que la diarrhée.

A dix heures du matin on amène le malade dans mon service. Il est dans le collapsus. Lorsqu'on l'interpelle, il soulève ses paupières et répond quelques mots d'une voix éteinte et inintelligible. Le teint de la face est plombé, les traits sont tirés, le nez est effilé, les joues creuses, les yeux ternes, enfoncés dans les orbites et cerclés de noirs.

Les membres supérieurs et le tronc sont complètement froids, les membres inférieurs sont encore tièdes. Les ongles sont violacés, la peau des doigts et des orteils est ridée ; celle des pieds et des mains est sèche, comme collée aux os et aux tendons, ce qui donne aux extrémités l'aspect squelettique. Le reste des téguments présente une teinte plombée et a perdu son élasticité. Le ventre à peine déprimé donne à la palpation une sensation d'empâtement.

La langue est sèche, blanchâtre, la soif inextinguible. Pas de selles,

pas de crampes pendant le séjour à l'hôpital. Dyspnée assez vive, quarante respirations à la minute. Battements du cœur faibles, pouls à peine perceptible, incomptable.

On couche le malade, on l'entoure de boules d'eau chaude, on le frictionne sans interruption. on lui fait immédiatement deux piqûres d'éther et de caféine en même temps qu'on lui fait prendre du thé chaud avec de l'élixir parégorique. Impossible de le réchauffer. Le collapsus s'exagère, l'aphonie devient complète, le pouls disparaît et la mort arrive une heure après l'entrée à l'hôpital. Or, notez que tout cela s'est produit en moins de douze heures.

On recueille les renseignements suivants auprès de la femme du malade : Il ne travaillait jamais à la teinturerie ; mais restait toujours près de sa machine dans un local complètement séparé, " c'était un Sénégal artificiel." De plus, il buvait de l'eau de Seine imparfaitement filtrée.

Ce qu'il y a de très intéressant, c'est qu'il habitait Grenelle et n'était séparé de Passy que par la Seine. Or là, une jeune fille est morte deux ou trois jours auparavant, emportée en douze heures par des vomissements et de la diarrhée avec refroidissement des extrémités. Il y avait donc dans le voisinage au moins un cas analogue à celui qui a emporté notre malade.

L'autopsie de celui-ci a été faite quatre heures après la mort et le résultat n'a fait que confirmer le diagnostic porté pendant la vie. La température des membres supérieurs et du thorax était au-dessous de la température ambiante bien que sensiblement supérieure à celles que ces parties présentaient dans les derniers moments de la vie. Membres inférieurs et abdomen tièdes.

La peau étant incisée sur la ligne médiane, on décolle les parties molles qui recouvrent la cage thoracique en avant. Le tissu cellulaire est sec et crépite par l'effet de la traction ; l'aponévrose qui recouvre la face externe des muscles intercostaux est également sèche, décollée des muscles, semblable à une lamelle de baudruche. Les muscles sont poisseux et collent aux doigts. La partie antérieure de la cage thoracique une fois enlevée, les organes internes sont mis à nu. Leur température est sensiblement élevée. La surface externe du péricarde est sèche et présente des plis et cassures comme une vessie à moitié desséchée.

Le cœur est d'aspect normal, les valvules sont saines. Il contient un sang liquide, non coagulé, de couleur sépia.

Les poumons laissent écouler sur la coupe un sang de même couleur, non aéré.

A l'ouverture de l'abdomen, on aperçoit le grand épiploon qui est

sec et recouvre les intestins auxquels il adhère par un enduit poisseux. Au-dessus de lui est l'estomac distendu par des gaz et des liquides. Sa surface externe est blanche avec un riche réseau vasculaire de couleur hortensia. Toute la masse des petits intestins présente la teinte *hortensia*; les anses intestinales sont poisseuses et adhèrent légèrement entre elles par un enduit visqueux.

Le tube digestif étant détaché et déroulé, on constate que l'estomac contient environ un litre de liquide boueux, jaune sale, tenant en suspension des débris alimentaires non digérés. La muqueuse stomacale est saine, un peu congestionnée au niveau du bord inférieur. Sur la paroi postérieure du grand cul-de-sac, petite tumeur adénoïde de la grosseur d'un pois.

Le petit intestin a son calibre normal. En deux points du mésentère, le long de son bord adhérent on trouve deux petites granulations crétaées. Du pylore à la valvule iléo cœcale, l'intestin grêle renferme 750 grammes d'un liquide sans aucune odeur, *tenant en suspension une énorme quantité de flocons et de membranes blanchâtres*. Le duodenum et la première partie du jéjunum offrent une teinte générale rosée. Les valvules conniventes sont à ce niveau larges, épaissies. A 90 cent, du pylore, la surface interne de l'intestin prend la teinte *hortensia*. Cette surface devient lisse, dépapillée. Entre les valvules conniventes s'accumule un *dépôt muqueux blanchâtre, comme crémeux*. A 1 m. 75 du pylore, on trouve des sugillations sanguines qui forment un pointillé rouge foncé sur le fond hortensia de l'intestin. Par places, ces sugillations sont plus confluentes et forment de véritables *hémorragies punctiformes*. Les plaques de Peyer sont entourées de sugillations sanguines très confluentes qui leur forment comme une bordure. A mesure que l'on avance dans l'iléon, on trouve un enduit membraniforme de plus en plus épais et adhérent. Il est constitué par une matière gluante, visqueuse et filante. A 1 m. 10 avant d'atteindre la valvule iléo-cœcale se montre la *psorentérie*, qui va en s'exagérant jusqu'à l'extrémité inférieure du petit intestin. Sur le fond hortensia se détache une *quantité innombrable de granulations blanchâtres et brillantes*, on dirait un véritable semis de granulations miliaires (ce sont les glandules intestinales hypertrophiées). Le gros intestin ne présente rien d'anormal. Le cæcum contient seulement 50 grammes d'un liquide semblable à celui de l'intestin grêle, sans matière fécale. Le foie est recouvert par une capsule épaissie, sur la coupe s'écoule une assez grande quantité de sang couleur sépia. Le rein droit pèse 120 grammes. Il se décortique facilement. Le centre des pyramides, la substance corticale est marbrée transversalement de lignes jaunâtres. Le rein gauche pèse 175 grammes. Il se décortique facilement. Il a

une teinte générale rouge-violacée ; au centre d'une pyramide, tubercule crétaqué. La rate pèse 200 grammes. Elle est assez résistante, peu friable. Sur sa coupe, s'écoule un sang noirâtre. Dans la boîte crânienne, la dure-mère à l'aspect normal. Après son incision, on voit s'écouler une notable quantité de liquide céphalo-rachidien. Le cerveau est sain.

On dit classiquement que " le choléra indien est caractérisé par des vomissements et des selles riziformes, des crampes, de la psorentérie, la couleur hortensia de l'intestin." Or, vous le voyez nous constatons tout cela chez notre malade. Il a donc eu ce qu'on appelle le choléra indien à Benarès et Calcutta ; et voici qu'à Paris on l'appellerait choléra nostras ! Eh bien ! pour moi ce cas est absolument identique à ceux qu'on observe dans l'Inde.

Il y a quelques années on discutait, sans la résoudre, la question de savoir si le choléra qui existait alors à Marseille était le choléra indien ou le choléra nostras. Il fallut que le choléra se généralisât, pour que l'on conclût au choléra indien.

Vous savez que dans celui-ci, d'après Koch, les selles renferment un bacille en virgule.

Or, chez notre malade on a trouvé ce bacille en virgule dans les selles et, de plus, chose considérable, des cultures que mon chef de clinique, le docteur Lion, en a faites dans mon laboratoire, ont démontré qu'il s'agit bien du bacille virgule de Koch ; on voit d'abord, dans la culture, comme une bulle d'air, au centre de laquelle on aperçoit des myriades de bacilles, qui se prolongent dans la gélatine sous forme d'une traînée linéaire.

D'ailleurs, pour M. Metchnikoff qui a vu ces cultures, le doute n'est pas permis : c'est bien la le bacille de Koch, celui du choléra asiatique constaté par Koch, dans l'Inde, et non celui de Finkler et Prior.

Voilà mon cas de choléra bien en règle avec la bactériologie : il a son bacille authentique ; et, de par ce bacille-virgule, il est *indien*. Mais ce bacille, où l'a-t-il pris ? L'aurait-il donc fabriqué ?

Je reviens maintenant aux distinctions des nosographes ; ils vous diront que ce cas là n'en est pas un de choléra indien, parce qu'il n'y a pas eu de contagion ni d'épidémie. Alors, je vais vous citer ce qui s'est passé dans une vallée voisine de Paris, à Nanterre. Là existe un asile où sont *logées 4,000 personnes* quoiqu'il n'ait été aménagé *que pour 2,000* (les chiffres exacts sont 3,500 hospitalisés et 690 détenus). Ce sont des vieillards ou des impotents, hémiplegiques, paraplégiques, mal nourris, ne recevant que 125 grammes de viande trois fois par semaine et buvant de l'eau de Seine. Donc, encombrement, mauvaise alimentation, aération incomplète (car il y a quatre rangées de lits au

lieu de deux dans les salles), et, par surcroît, boisson corrompue. C'est dans ces conditions que tout à coup éclate une épidémie dont je vais vous faire la narration.

A l'asile de Nanterre, éclate dans la première quinzaine d'avril dernier, une épidémie de choléra, en quinze jours, il y a eu 51 cas dont 39 mortels d'après les chiffres officiels, ce qui fait une mortalité de 78 0/0. On avouera que le choléra indien ne fait pas mieux au point de vue homicide.

Voici, maintenant, quelque chose de très intéressant. Vous allez voir que nous sommes en face d'une petite épidémie absolument analogue aux grandes épidémies.

Les premiers malades ont été pris subitement de diarrhée, puis quelques heures après, vomissements, crampes dans les membres, refroidissement des extrémités et mort en huit à dix heures. (Eh bien, dans toutes les épidémies, il en est ainsi; ce sont les moins résistants qui sont les premiers atteints, et ils succombent d'une façon foudroyante.)

Au bout de quelques jours, la maladie a évolué avec moins de rapidité. La mort ne survenait qu'au bout de trente-six à quarante-huit heures.

Enfin, les derniers cas ont été beaucoup moins aigus; les malades ont eu une diarrhée prémonitoire pendant deux ou trois jours et n'ont succombé qu'au bout de quatre, cinq ou six jours.

La mortalité a été effrayante, parce que la maladie sévissait sur des débilites; *il en est mort jusqu'à quinze dans un jour.*

Enfin, à l'autopsie, on a trouvé la coloration hortensia de tout l'intestin grêle et la psorentérie dans l'iléon.

J'ajoute qu'on n'a pas reçu un seul cas de choléra du dehors et que l'épidémie a débuté dans une salle de cent hospitalisés.

Je vais vous dire maintenant ce qui s'est passé, lors du choléra de 1884, dans l'asile de Breteuil, tenu par les petites sœurs des pauvres, à Paris. Cet asile renfermait 215 vieillards; l'épidémie commença le 10 ou 11 novembre et s'arrêta le 16 pour les hommes, le 18 pour les femmes. Du côté des hommes 47 atteints, 47 décès; du côté des femmes, 20 décès, dont 18 pensionnaires et 2 religieuses. Un premier point frappe tout d'abord: c'est l'écart considérable entre le nombre des hommes et celui des femmes, 47 d'une part, 18 seulement de l'autre, et cependant même âge et mêmes conditions de vie. A Nanterre, cet écart a été plus considérable. Mais, à Breteuil la population masculine était composée d'anciens ouvriers, de cochers, de domestiques, tous plus ou moins alcooliques de vieille date et se livrant souvent encore, pendant les jours de sortie, à des excès bachiques. Le premier

vieillard atteint fut pris brusquement un soir, après une visite rue Sainte-Marguerite, chez un de ses parents, chiffonnier, dans une maison où il y avait des cholériques ; donc il y a eu ici importation du choléra. Et il n'y a pas eu de cas de choléra dans les maisons contiguës, mais seulement dans l'asile, où les vieillards sont dans de si mauvaises conditions.

Permettez moi de vous dire ici deux mots des doctrines *parasitaires*. La maladie est-elle créée par le bacille ? ou bien est-ce nous qui donnons au bacille sa malfaisance ? La doctrine parasitaire suppose la préexistence de microbes ou de germes visibles ou invisibles qui, vivant sur les bords du Gange ou sur la route de Mecque, assaillent le passant ou s'accrochent à lui.

La doctrine que je défends est tout autre : le poison cholérique peut naître dans l'organisme placé dans des conditions particulières de débilité ou de malpropreté dues à la misère, à l'âge avancé, au mépris des lois de l'hygiène. Aussi quand on pourra améliorer les conditions de la vie, assainir complètement les villes, on s'opposera de la façon la plus efficace au développement du poison, qu'il s'appelle ptomaine ou non, peu importe.

Relativement au développement spontané, autochtone, du choléra dit "indien," par opposition à la doctrine exclusive de l'importation, qui présuppose la contagion et, nécessairement, le microbe, on peut citer l'épidémie de Toulon en 1884 (où il a été impossible de découvrir la "fissure" d'importation) et l'épidémie de l'Espagne en 1890 :

"Le choléra a apparu, ou a reparu, en Espagne, dit mon savant ami le professeur Arnould, de Lille, au mois de mai 1890, sans qu'il ait été possible de savoir d'où il venait.

"C'est la seconde fois au moins que l'étiologie par l'importation est mise en défaut, et que le choléra européen ne vient pas de l'Inde ni de l'Arabie, fût ce en passant par l'Égypte.

"Dans le choléra qui a éclaté à Toulon, en juin 1884, des hygiénistes éminents ont cherché en vain la "fissure" par où le fléau aurait pu passer."

Et à propos du choléra qui a éclaté au Hedjaz en juillet et août 1890, au milieu des fêtes de la Mecque, avec une violence extraordinaire, le professeur Arnould ajoute :

"Dans tous les cas, c'est le choléra d'Europe qui a précédé celui d'Asie. Et il faut encore une fois oublier les formules fameuses de la nécessité du réveil probable des épidémies asiatiques, et du rapport de la rapidité du choléra hors de son foyer indien avec la vitesse des communications humaines."

Je rappellerai ici ce que j'ai dit à l'Académie, en 1884, à l'occasion

de la spontanéité du choléra " indien," à savoir que nous avons dans certaines villes d'Europe peu soucieuses de l'hygiène nos " Ganges intérieurs."

Puisque je vous ai parlé de la genèse du choléra dans l'asile de Nanterre, laissez-moi vous expliquer sa genèse sur les bords du Gange et à la Mecque, ces deux foyers du choléra asiatique, et voyons comment cette redoutable maladie fait son apparition.

Sur les bords du Gange, une foule innombrable d'indiens, les uns riches, les autres, et ce sont les plus nombreux, des plus misérables, mais tous animés du même fanatisme religieux, est campée sur les bords du fleuve sacré. Venus des pays les plus divers, soutenus dans leur long et pénible voyage par l'excitation religieuse, soumis à un jeûne rigoureux, ces malheureux deviennent ensuite les acteurs des fêtes qui rappellent les saturnales de l'ancienne Rome. Quelle réunion de causes dépressives : fanatisme religieux, voyages pénibles, mauvaise nourriture, débauches sans nombre ; ajoutez-y l'action d'un soleil torride tel que l'Européen ne peut sans péril se risquer dans ces climats.

Voici des détails officiels et sur l'encombrement et sur la putréfaction. Il faudrait être aveugle pour ne pas y voir un rapport de causalité avec l'épidémie cholérique, la chaleur aidant :

" Dans l'Hedjaz (dit mon savant ami le professeur Proust, dans une communication faite au comité consultatif d'hygiène le 7 septembre 1891), à l'occasion du pèlerinage de la Mecque, le chiffre des victimes du choléra a atteint ou dépassé *dix mille*.

" Les mesures d'hygiène ont beaucoup laissé à désirer ; dans un grand bassin *servant à alimenter d'eau* les pèlerins, près d'un millier d'individus *y prenaient leur bain*.

Le nombre des moutons sacrifiés a atteint le chiffre de *cent quatre-vingt mille têtes*. On laissait *pourrir* en plein air tout ce qui n'était pas mangé. Au troisième jour à Mouna, la putréfaction était considérable.

" A la descente de Mouna, les pèlerins *tombaient par tas en plein désert*, frappés de *choléra foudroyant*."

Ce qu'il y a maintenant d'instructif, c'est que, en 1891, il y a eu une épidémie à ce même asile de Nanterre, et ce fut une épidémie de *dysenterie*, dont nous avons eu deux cas mortels dans notre service Necker. De sorte que nous avons eu la réalisation de ces séries morbides dont je vous parle toujours. Dans le même lieu en 1891, épidémie de dysenterie ; en 1892, épidémie de choléra. En 1891, nous avons trouvé dans l'intestin de nos malades le bacillus coli communis ; or, nos malades sont morts avec des phénomènes dysentériques et on trouvait ce bacille dans tout l'organisme : par conséquent, ce bacille

qui, à l'état normal est inoffensif, est devenu tout à coup malfaisant ; mais c'est l'organisme qui l'a rendu meurtrier !

Voici en abrégé l'histoire de ces deux malades qui a fourni à mes deux excellents élèves, MM. Lion et Marfan, l'occasion d'un remarquable travail :

Le premier malade, âgé de soixante onze ans, avait été quelque temps au dépôt de Nanterre. Il entra à l'hôpital Necker le 30 avril 2891, dans un état très grave. Il n'était malade, disait-il, que depuis un mois environ ; il avait commencé par avoir de la diarrhée, puis son ventre s'était gonflé ; il était devenu jaune, ses forces s'étaient amoindries peu à peu. A son entrée à l'hôpital il présente un peu d'ictère : il a une ascite assez abondante. L'examen des évacuations alvines démontre qu'il existait une dysenterie, ou tout au moins une affection dysentérique : le malade avait des évacuations très fréquentes avec ténésme rectal ; dans les derniers temps il présenta même de l'incontinence des matières fécales. Les évacuations étaient composées surtout d'une matière muqueuse ou muco-purulente, souvent mélangée de sang, avec des boulettes fécales plus ou moins volumineuses ; parfois, il se produisait un flux bilieux qui teintait en jaune les matières évacuées.

Le malade n'a pas eu de fièvre pendant sa maladie. Peu à peu les forces diminuèrent, puis les extrémités se refroidirent, la langue se dessécha, une sueur froide et visqueuse couvrit tout le corps, et le patient succomba dans le collapsus algide sept jours après son entrée. A l'autopsie, le gros intestin apparaît rétracté, rétréci, avec des parois très épaisses ; la muqueuse est très congestionnée et forme des replis nombreux. Elle présente une vingtaine d'ulcérations de dimensions variables, distribuées d'une manière irrégulière, à contours serpigneux, déchiquetés, à fond sanieux ; très semblables en un mot, à celles de la dysenterie.

L'intestin grêle ne présente qu'une hyperémie très considérable.

L'examen bactériologique a porté sur les ganglions du mésentère, le liquide du péricarde et le sang du cœur gauche. Le suc des ganglions mésentériques et le liquide du péricarde ont fourni des cultures pures de bacillus coli communis. Le sang du cœur gauche n'avait rien donné.

Le second malade, âgé de soixante-trois ans, venait également du dépôt de Nanterre. Il avait de la diarrhée depuis trois mois. Il nous déclara qu'à la maison de Nanterre, *beaucoup d'autres vieillards étaient malades comme lui*, avaient de la diarrhée, et que quelques-uns rendaient quelquefois du sang. Ce malade attribuait cette épidémie à la mauvaise alimentation.

Il entra à l'hôpital le 23 mai 1891 ; il était très amaigri, très affaibli, et ne se plaignait que de sa diarrhée. Les évacuations étaient très fréquentes, quelquefois involontaires, constituées par des matières muco-purulentes.

Il succomba le 24 mai.

A l'autopsie l'estomac présentait des *hémorragies punctiformes* et des plaques blanches de dégénérescence graisseuse. Le gros intestin présentait les mêmes lésions que chez le malade précédent.

L'examen bactériologique permit de constater la présence du bacillus coli communis dans le sang du cœur gauche et le liquide péricardique.

En résumé, ces deux malades ont succombé à une infection générale causée par le bacillus coli communis. Cette affection a eu pour point de départ les *ulcérations du gros intestin* ; c'est par ces ulcérations que le bacillus coli a pénétré dans les lymphatiques ; on le retrouvait dans les ganglions du mésentère, dans l'exsudat péricardique, et dans le sang du cœur gauche à l'état de pureté.

L'aspect des ulcérations, l'épidémie qui semble avoir régné à la maison de Nanterre, d'où ces malades ont été évacués à l'hôpital Necker, portent à penser qu'elles ont été causées par une véritable dysenterie.

“ Il est très probable, disent MM. Lion et Marfan, que dans ces deux cas, la terminaison fatale a été le fait de l'envahissement de l'organisme par le bacillus coli communis. Or, cette infection générale ne s'est traduite cliniquement, ni par la fièvre, ni par aucun symptôme typhique.

“ Au contraire, pendant tout leur séjour à l'hôpital les malades ont présenté une température normale. Il est même digne de remarque qu'ils ont succombé avec du collapsus algide, présentant ainsi un tableau clinique *qui n'est pas sans analogie avec celui du choléra nostras.*”

Par conséquent, nous voyons à l'asile de Nanterre, en avril 1891, une épidémie de dysenterie, et en avril 1892 une épidémie de choléra ; seulement, les nosographes diront que ceux qui sont morts de la dysenterie ont succombé à l'invasion du bacillus coli communis.

Mais voici une autre petite épidémie de choléra nostras, constatée à Beaujon, par MM. Gilbert et Girode, épidémie de 4 cas dont 2 terminés par la mort ; et voici que les selles ont fourni des cultures presque pures de bacille d'Escherich (c'est le bacillus coli communis), et voici que MM. Gilbert et Girode, admettent que ces cas de choléra sont dus à la pullulation du bacille d'Escherich.

Il en résulterait que ce bacille est tantôt *dysentérique*, tantôt *cholé-*

rigène; par conséquent, il n'est pas caractéristique, il est, pourrait-on dire, *indifférent*. Ce qui ne l'est pas c'est l'encombrement, la misère, la mauvaise alimentation et la boisson corrompue.

Discutons, maintenant, deux points de doctrine. Le grand argument des nosographes c'est que le choléra indien est contagieux, et que le choléra nostras ne l'est pas; que le premier est épidémique, tandis que le second ne l'est pas. Or, voici un fait que me communique le docteur Audigé où la contagiosité n'est pas douteuse.

"Le jeudi matin 5 mai, m'écrivit-il, on me demande d'aller voir, à Paris, une dame B..., âgée de cinquante-quatre ans. Je me rends chez elle à onze heures et j'apprends qu'elle a été prise, dans la nuit entre onze heures et minuit, de diarrhée. Les selles, ont été, dès le début, extrêmement fréquentes et ont été suivies bientôt de vomissements survenant sans nausées et sans efforts. Ces selles n'ont pas d'odeur fécaloïde et elles sont constituées par un liquide aqueux et incolore dans lequel nagent des flocons blanchâtres. Mme B... se plaint de crampes douloureuses dans les jambes. Elle a de l'anxiété précordiale, une soif ardente. Le pouls est petit, les yeux sont caves, la voix faible et les extrémités froides. Les mains sont couvertes de marbrures violacées. Quant à la sécrétion urinaire, bien que cette dame soit diabétique, elle est suspendue depuis plusieurs heures." (Cette anurie est bien caractéristique du choléra, car, dans le diabète, il y a polyurie.)

"Dans la soirée, la malade n'a que trois ou quatre selles; les vomissements de matières aqueuses persistent encore. L'urine renferme beaucoup de sucre et d'albumine. Cette malade *succombe* le vendredi 13 mai avec une température *au-dessous de la normale*.

"Or, avant d'être prise de ces accidents, la malade n'avait pas eu, la veille, de diarrhée; mais elle était revenue, le matin, très fatiguée de Nanterre où elle était allée, pendant trois jours, soigner sa sœur, atteinte, paraît-il, de cholérine. *Sa sœur a succombé le 8 ou 9 mai.*"

Par conséquent, voilà un fait qui démontre sans conteste qu'à Nanterre, dans la ville, et non plus à l'Asile, en mai et non plus en avril (époque où le choléra s'est *spontanément* développé dans l'asile, ainsi nommé par antiphrase), une cholérique a donné le choléra à sa sœur qui en est morte.

Le choléra nostras et le choléra indien présentent donc la même symptomatologie, la même terminaison, la même contagiosité et la même épidémicité, ainsi que cela résulte de ce que nous venons de dire; donc, c'est une seule et même maladie. Mais est-ce à dire pour cela que le choléra va se généraliser à tout Paris: non certes, parce que nous vivons bien, que nous avons une bonne hygiène, et que nous

ne sommes pas dans les mêmes conditions que celles qui engendrent les épidémies de choléra à la Mecque ou dans l'Inde.

Cette conférence a pour but de vous faire voir les séries morbides allant en s'aggravant, débutant par la diarrhée, se continuant par la cholérine et aboutissant au choléra. Je l'ai faite aussi parce qu'il ne me convient pas d'agir comme l'autruche, qui se cache la tête dans le sable pour ne pas voir le péril.

En résumé, aux portes de Paris, à Nanterre, il existe une fabrique de maladies épidémiques.

En 1891, on y fabrique la dysenterie ;

En 1892, le choléra.

C'est de la pathologie expérimentale— involontaire !

Cette fabrication est le résultat de l'insuffisance dans l'aération (c'est-à-dire de l'encombrement), de l'insuffisance dans l'alimentation et de l'insuffisance dans la qualité d'eau.

A l'administration d'y remédier, en faisant cesser l'encombrement (c'est-à-dire, en ramenant de 4,000 à 2,000 le chiffre des habitants de l'Asile), en assainissant les locaux, en nourrissant et en abreuvant mieux ses pensionnaires.

D'autre part, j'entends dire que les malades ont succombé au choléra nostras et non pas au choléra indien : c'est, il me semble, une médiocre consolation à ceux qui en sont morts d'apprendre, chez Pluton, qu'ils sont morts non pas du *choléra indien*, mais du *choléra nostras* !

(*La Semaine Médicale.*)

CHIRURGIE

Technique du manuel opératoire pour les injections hypodermiques.

Pour que la méthode de traitement par les injections hypodermiques soit aisément acceptée et suivie par le malade, il est de toute nécessité que le praticien parvienne à faire les piqûres sans qu'il en résulte la moindre douleur ni au moment de la ponction de la peau, ni au moment de l'injection proprement dite, ni par la suite. Or il faut, pour atteindre à ce triple but, se conformer strictement au manuel opératoire que le docteur Roussel enseignait à ses élèves et qui est le seul complètement indolore. Dans ce manuel il n'est pas de petits détails à négliger ; rien ne doit être laissé de côté et les plus petites précautions que nous indiquait, au fur et à mesure des besoins, le docteur Roussel pratiquant sur les malades, doivent rester gravées

dans l'esprit du praticien, qui veut être obéi de ses malades en tous points : "Régularité des piqûres et période assez prolongée pour obtenir un résultat capable de se maintenir."

J'ai déjà été très fréquemment appelé à faire adopter par de nouveaux malades le principe de notre méthode ; mais je suis obligé de confesser que je me suis presque toujours heurté à des difficultés capables de décourager un adepte moins fervent.

En effet, lorsque vous expliquez à votre malade que, s'il se résout à suivre vos conseils, il n'aura plus les désagréments de songer à prendre régulièrement ses potions, capsules, sirops et pilules, il admet assez facilement la commodité de ce genre de traitement et se range à votre avis, comprenant fort bien que le médicament quel qu'il soit est bien plus aisément absorbé sans apporter la moindre fatigue à l'estomac déjà très atteint dans le plus grand nombre des cas. Je ne saurais mieux faire ici que de citer textuellement un passage d'une consultation du Dr J. Roussel, intitulée : "Un cas grave de phthisie 1."

"L'injection sous cutanée libère l'estomac des corvées offensantes que lui impose la pharmacopée allopathique ; elle porte dans le sang le remède qui aux doses les plus minimales, agit avec la plus grande puissance, car il ne subit ni digestion décomposante, ni élimination en masse."

Mais ne voulant pas agir par surprise et être loyal, vous avertissez votre client que vous serez obligé de faire une piqûre d'aiguille ! Aussitôt la scène change et vous vous heurtez à une fin de non recevoir très judicieusement motivée.

Généralement, le malade vous dira que dans une maladie précédente, ou dans les premiers temps de l'affection présente, le médecin a dû faire lui aussi des piqûres, et que ces piqûres ont été douloureuses ; qu'elles ont même été suivies d'irritation, que quelquefois elles ont donné lieu à des "clous" (c'est l'expression dont il se servira) et à tous les désagréments qui en découlent : cataplasmes, embrocations aussi multiples qu'inutiles, et ouvertures au bistouri. — Or, que répondre à pareilles observations ? Que rien de semblable ne doit se produire si le manuel opératoire est exécuté fidèlement, et ce n'est que l'expression rigoureuse de la vérité.

Je crois inutile de donner des exemples, qui sont tous aussi variés qu'instructifs, je ne citerai que le suivant. Appelé dernièrement en consultation auprès d'une dame qui était atteinte de péritonite localisée à la suite de l'yo-salpynx, j'appris que le médecin traitant faisait plusieurs fois par jour des injections de morphine et des injections de ca-

1. *Un cas grave de phthisie* — Sceaux, 1888. Imp. Charaire et fils.

féine et que, chaque fois, la malade se plaignait pendant plusieurs heures de douleurs atroces, et constamment de sensation de contusion vive à l'endroit des injections. — Je pratiquais alors moi-même au moyen d'une solution et de la seringue que j'avais dans ma trousse une injection au lieu d'élection, et l'aiguille était déjà hors de la plaie que la malade attendait anxieusement la ponction de la peau. La ponction et l'injection avaient douc été indolores, et il n'y eut, par la suite, ni inflammation ni douleur d'aucune sorte.

Or, tout médecin peut et doit arriver à pareil résultat, pourvu qu'il exécute au pied de la lettre le manuel opératoire qui a été donné par le docteur Roussel, et qui se résume en quelques préceptes aussi faciles à exécuter qu'à retenir.

I. — Faire l'injection dans la région rétro-trochantérienne, et jamais autre part. La rapidité avec laquelle le médicament déposé à la surface de l'aponévrose passe dans toute l'économie, dispense de faire l'injection le plus près possible de l'organe malade.

On ne fera d'exception que lorsqu'il sera nécessaire d'apprendre au malade de se faire les injections lui-même, auquel au cas on lui enseignera en opérant dans un des hypocondres ; mais il devra arriver lui-même très rapidement à ne se faire de piqûres qu'au lieu d'élection (ce qui n'est pas aussi difficile que cela paraît).

II. — Employer les aiguilles longues et assez grosses. Les aiguilles que l'on trouve généralement dans le commerce sont défectueuses à tous les points de vue. Elles sont trop déliées et beaucoup trop courtes. Etant très fines, le canal qui les parcourt est lui-même très étroit, et par conséquent se bouche plus aisément, puis on risque pour le même motif de les briser dans le pli cutané. Trop courtes, elles ne déposent pas assez loiu de l'orifice fait à la peau, le liquide médicamenteux qui alors peut ressortir bien plus aisément ; et c'est le contact de ce liquide avec la petite plaie cutanée qu'il faut éviter à tout prix à cause des douleurs qu'il y produit. Enfin, trop courtes, elles peuvent être absolument insuffisantes pour traverser en totalité toutes les couches cutanées et sous-cutanées, qu'il est nécessaire de traverser, et cela peut se produire souvent chez les femmes très grasses.

III.—N'employer jamais que des liquides préparés avec tous les soins les plus minutieux et dosés avec une exactitude scrupuleuse. Il faut en outre que le liquide employé soit neutre et limpide et qu'il ne puisse précipiter ni par les chlorures alcalies ni par l'albumine.

IV.—Déposer le liquide injecté à la surface de l'aponévrose d'enveloppe ; par conséquent, traverser l'épiderme, le derme et toute la graisse sous-jacente, et pousser le liquide *au-dessous* de la graisse et *au-dessus* de l'aponévrose.

Voici ce que l'on ne sait généralement pas assez et qui est la source des douleurs si vives dont se plaignent les malades immédiatement, et des indurations qui ne disparaissent souvent que fort mal et toujours très lentement. Le liquide déposé dans la graisse, reste là pour ainsi dire indéfiniment enkysté dans ce milieu qui l'entoure et dont les échanges nutritifs sont à peu près nuls. L'injection est donc sans effet, puisque le médicament n'est pas immédiatement pris par la circulation. Si au contraire vous le poussez dans le muscle même, le cheminement de l'aiguille produit toujours des dégâts dans les fibres, dégâts qui tout en n'étant pas dangereux, sont tout au moins très pénibles. Ajoutons que si le liquide n'est pas dosé d'une façon sérieuse et préparé avec soin, il peut déterminer une irritation pouvant aller jusqu'à la formation de pus.

Au contraire, si l'on agit suivant la règle, le liquide en contact avec l'aponévrose est *immédiatement* emporté par la circulation des vaisseaux qui rampeut à cet endroit et dont le réseau est très riche. Pour en hâter encore l'absorption il est tout indiqué de pratiquer un léger massage qui étend sur une grande surface le médicament liquide et qui le met ainsi en rapport avec un plus grand nombre de vaisseaux.

C'est lorsque l'on est bien persuadé de l'importance capitale de cette dernière règle, que l'on comprend la nécessité d'avoir recours à une aiguille longue et forte ; car en ce lieu d'élection les couches à traverser, et particulièrement la couche de graisse chez la femme, présentent une épaisseur très considérable. Or il existe dans le commerce des aiguilles qui mesurent à peine deux centimètres et qui sont d'une ténuité excessive. Je ne crains pas pour ma part d'employer des aiguilles de cinq centimètres, et de les enfoncer entièrement dans le pli cutané ; je n'ai jamais eu à me repentir de mon choix, et je conseillerais toujours à mes confrères de suivre mon exemple ; ils n'auront qu'à s'en louer.

GYNECOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE

De l'influence des lésions de l'utérus et du vagin pendant la parturition comme cause de la folie puerpérale.

Par G. H. ROHE. (*Americ. med. assoc.*, séance du 8 juin 1897.)

L'auteur rapporte quatre cas avec rupture du périnée, lacération du col et conditions morbides des ovaires et des trompes. Dans tous les faits, on pratiqua la laparotomie et l'ablation des annexes utérines.

Deux des malades, l'une de dix semaines, l'autre de dix-huit, recouvrèrent leur état mental normal après l'opération. Les deux autres, toutes deux malades depuis cinq ans, et dans un état de démence partielle, en éprouvèrent une amélioration marquée.

L'auteur en déduit les conclusions suivantes :

1° La folie puerpérale, au moins dans la plus grande majorité des cas, est une psychose d'origine infectieuse ;

2° Sans nier l'influence des autres facteurs tels que l'hérédité, l'anémie, l'épuisement, le choc mental et les chagrins, une observation soigneuse montrera qu'il se produit fort peu de cas de folie puerpérale sans qu'elle soit précédée d'une infection puerpérale ou sans qu'elle lui soit concomitante ;

En effet :

1° La folie puerpérale se manifeste toujours dans les dix jours qui suivent la délivrance — pour la moitié des cas, dans les cinq premiers jours — c'est la même période durant laquelle se produit l'infection puerpérale :

2° Elle est accompagnée d'une élévation de température et d'autres signes de troubles fébriles ;

3° La forme clinique la plus fréquente de folie puerpérale est constituée par un délire aigu ou par la manie. Les conditions dépressives sont rares, sauf dans les cas secondaires ; en d'autres termes, la forme la plus fréquente est celle qui ressemble plus au délire fébrile ;

4° Le pourcentage de la mort est plus élevé que dans la simple manie. La mort arrive par épuisement ; le plus souvent avec haute température et pouls rapide ;

5° Les autopsies, bien qu'assez rares dans ces cas, ont montré des lésions graves des viscères pelviens ;

6° L'examen des organes pelviens pendant la vie révèle des lésions du périnée et du col utérin (voies faciles d'infection chez la femme. Comme lésions secondaires, on trouve des inflammations intra-pelviennes (péritonéales), et consécutivement, des déplacements anormaux, des adhérences, de la congestion de l'utérus, des trompes ;

7° Les suites de l'opération semblent montrer que l'ablation des foyers d'irritation locale augmente les chances de guérison du trouble mental.—R. F. M.

Revue Gén. de Méd.

Galactogènes

Nous lisons dans le *Bulletin Médical* que dans sa thèse de doctorat, Mlle Griniewitch s'est livrée à une étude des principaux moyens proposés pour rappeler et augmenter la sécrétion du lait. C'est là une question de pratique de chaque jour. Après avoir rappelé que la

succion, le trayage, le massage sont de bons galactogènes, notre jeune confrère entre dans l'étude des agents qu'elle a elle-même étudiés et qui lui ont donné les résultats suivants :

L'électricité, le galega, l'ortie brûlante, l'anis, le cumin et le fenouil exercent certainement sur la sécrétion lactée, tant chez la femme que chez la vache, une action qu'il est permis de qualifier de galactogène. Chez les femmes, l'auteur a toujours constaté une augmentation de la sécrétion lactée, coïncidant avec l'administration de ces substances.

En augmentant la quantité de lait secrété, les agents galactogènes ci-dessus ne nuisent pas à sa qualité.

La densité du lait de femme obtenu dans ces circonstances est normale. La quantité de beurre a plutôt augmenté.

Une autre preuve que ces galactogènes ne nuisent pas à la qualité du lait, c'est l'état des enfants allaités par les femmes chez lesquelles on les employait. Parmi les douze enfants nourris dans ces conditions, il n'en est pas un seul qui ait paru souffrir du lait qu'il tétait ; bien plus, loin de constater le moindre trouble dans la santé de ces enfants, on a relevé chez tous ceux dont la santé était dérangée une sérieuse amélioration.

La santé des femmes soumises au traitement galactogène n'a pas été moins satisfaisante que celle des enfants. Aucune de ces femmes n'a paru éprouver de trouble ou d'affaiblissement par le fait du traitement.

Les galactogènes qui ont donné les meilleurs résultats à Mlle Griniewitch, sont :

Le *galega*, l'*ortie brûlante*, le *cumin*, l'*anis* et le *fenouil*, employés sous la forme et à la dose suivante :

1^o Galega.

a) teinture :

Extrait de galega.....	65 gr.
Alcool à 60c.....	1000 gr.

à faire prendre de 250 à 500 gouttes par jour ; diviser en doses de 50 à 100 gouttes.

b) sirop :

Extrait de galega.....	50 gr.
Sirop simple.....	1000 gr.

de quatre à cinq cuillerées à soupe par jour.

c) pilules :

Extrait de galega.....	0 gr. 25
Excipient.....	Q. S.

pour une pilule ; de une à une à quatre pilules par jour.

2^o Ortie.

a) teinture :

Extrait d'ortie.....	200 gr.
Alcool a 60c.....	1000 gr.

de 250 à 500 gouttes par jour.

b) sirop :

Extrait d'ortie	200 gr.
Sirop simple.....	1000 gr.

de quatre à cinq cuillerées par jour.

Poudre de cumin, d'anis ou de fenouil de 1 à 5 grammes par jour, par dose de 1 gramme.—*Le Scalpel*.

Prophylaxie des métrites après l'accouchement.

M. le docteur F. Jouin, interne des hôpitaux de Paris, vient de publier sous le titre : *Des différents types de métrites ; leur traitement*, un livre qui contient de nombreuses indications pratiques sur l'étiologie, la symptomatologie et le traitement de l'inflammation de l'utérus et de ses annexes. Nous détachons de cet ouvrage les lignes suivantes, relatives à la conduite à suivre chez une parturiente pour éviter le développement ultérieur d'une manifestation inflammatoire de la matrice.

On tiendra l'accouchée longtemps au lit et l'on surveillera l'involution de son utérus. Nous possédons, à ce point de vue, trois moyens également puissants et qu'il faut savoir employer simultanément si la matrice tarde à revenir sur elle-même.

L'allaitement vient en première ligne. Par la contraction des fibres utérines qu'il détermine, il est certainement le plus actif et le plus naturel de ces moyens. Alors même que la femme n'allaiterait que quelques mois, son système génital s'en trouverait toujours beaucoup mieux.

Les injections antiseptiques ou simplement d'eau bouillie chaude, sont également très-efficaces et déterminent constamment un dégorgeement heureux de la matrice.

Enfin, certains médicaments peuvent donner le même résultat : le seigle ergoté le quinquina et la strychnine particulièrement. A la femme dont l'utérus est gros, on conseillera donc avec succès des pilules renfermant 0 gr. 05 centigr. de sulfate de quinine, et 0 gr. 01 centigr. de seigle ergoté, de quatre à huit par jour, ou bien encore des pilules composées de la façon suivante :

Arséniat de strychnine.....	0 gr. 001 milligr.
Seigle ergoté.....	0 gr. 10 centigr.
Citrate de fer.....	0 gr. 05 —

Mêlez. Pour une pilule.—A prendre : 6 à 8 pilules chaque jour pendant les repas.

Nous ordonnons ces dernières non seulement après l'accouchement, mais encore toutes les fois que la matrice présente un état simplement congestif.

Certains médecins défendent les rapports sexuels pendant tout le temps de l'allaitement. Quant à nous, nous estimons que l'on doit se guider principalement sur la menstruation. Après le retour de couches, l'utérus est revenu à son état normal et peut certainement reprendre sa fonction.

Telles sont les règles hygiéniques et les soins généraux que nous prescrivons à la femme la mieux constituée.

Est il besoin d'ajouter qu'elles seront particulièrement imposées à la patiente dont l'utérus a subi une ou plusieurs poussées d'inflammation ?

Toute maladie reconnaît, on le sait, plusieurs causes, et la prédisposition doit toujours entrer en ligne de compte quand il s'agit de déterminer les raisons d'une affection donnée. On peut partir de ce principe pour affirmer que la femme guérie est plus particulièrement exposée qu'une autre à une nouvelle métrite, puisqu'ayant déjà été atteinte elle est probablement prédisposée à l'affection. Aussi multipliera-t-on les précautions hygiéniques en surveillant sa menstruation et en veillant à la régularité de ses garde-robes.

Nous ne voulons pas donner ici toutes les médications recommandées contre la constipation.

Si les règles sont insuffisantes, on se trouvera bien de l'emploi de la teinture de *viburnum prunifolium* (de 10 à 30 gouttes par jour). Nous conseillons aussi très volontiers, dans le même cas, les pilules ci-dessous formulées, qui, chez certaines anémiques, nous ont souvent donné les meilleurs résultats :

Tartrate ferrico-potassique.	4 grammes.
Extrait d'absinthe	} à 2 —
Extrait d'armoise	
Aloès suc, pulvérisé.....	de 0 gr. 50 centigr. à 1 gr.
Teinture d'anis.....	Q. S.

F. S. A. 100 pilules.—A prendre : 4 à 6 pilules par jour au moment du repas.

Que si les règles, au contraire, sont exagérées, nous prescrivons le perchlorure de fer à l'intérieur, l'ergotine en pilules, le sirop d'*urtica urens*, l'*hydrastis canadensis* que nous formulons de la façon suivante :

Teinture d'hydrastis canadensis.....	4 grammes.
Elixir de Garus.....	100 —

Mêlez.—A prendre : trois à quatre cuillerées à café par jour.

Enfin, dans le même cas, nous faisons prendre, en dehors de l'époque, les injections à l'eau de feuilles de noyer et au tannin (une cuillerée à café de tannin par litre). Et, dès le quatrième jour des règles, nous donnons des injections d'eau très chaude additionnée ou non d'une cuillerée à café de perchlorure de fer.

Nous veillons aussi soigneusement à l'intégrité de la fonction rénale et nous conseillons aux patientes de se frictionner le corps tous les jours avec un gant de crin ou simplement avec un linge dur mouillé d'un liniment dont voici la formule :

Essence de térébenthine.....	20 grammes.
Alcoolat de lavande.....	100 —
Eau-de-vie camphrée.....	150 —

Mêlez.—Usage externe.

Enfin, si le périnée est déchiré, si l'utérus a de la tendance à tomber, nous conseillons aux femmes de porter, quand elles doivent sortir, se tenir longtemps debout ou subir tout autre fatigue, des tampons d'ouate antiseptique enduite de vaseline salolée qu'elles s'introduiront elles-mêmes dans le vagin. Ce moyen nous paraît infiniment préférable aux pessaires, dont l'action irritante amène trop souvent l'inflammation qu'ils ont pour but de prévenir.

(Semaine médicale.)

De la stérilité chez la femme et de son traitement.

Par M. le DR. DE SINÉTY.

A l'heure où l'on discute la question si intéressante de la dépopulation de la France, on ne peut que souhaiter la bienvenue au livre de M. de Sinéty, car on y trouve résumé "l'état actuel de la science relativement à la stérilité chez la femme, sa fréquence, ses causes et son traitement." N'est-il pas inquiétant, en effet, de voir, en consultant les statistiques, que nous occupons le dernier rang parmi les peuples d'Europe et que de jour en jour le chiffre des décès l'emporte sur celui des naissances. Parmi les causes multiples qui influent sur cette diminution de la natalité, la stérilité joue un rôle considérable. Aussi tous ceux qui ont à cœur la prospérité de notre pays liront-ils avec un intérêt toujours croissant le livre de M. de Sinéty.

Avant d'aborder l'étude de la stérilité, l'auteur rappelle en un court résumé l'anatomie et la physiologie des organes qui servent à la reproduction. Il possède pour cette question une compétence toute particulière, comme le prouvent ses recherches qui ont été publiées dans les *Archives de physiologie* et dans les *Bulletins de la Société de biologie* (18-5-1876).

La première condition pour que la fécondation, c'est-à-dire la ren-

contre de l'ovule et du spermatozoïde ait lieu, c'est que le liquide fécondant pénètre dans les organes génitaux femelles.

Parmi les causes qui peuvent s'opposer à l'imprégnation, les unes sont mécaniques, les autres chimiques. Ces dernières offrent un moindre intérêt, aussi n'en dirons-nous que quelques mots.

Par *empêchements chimiques* on entend ceux qui dépendent des diverses altérations des liquides vaginaux ou utérins, modifications qui peuvent diminuer ou détruire la vitalité des zoospermes. Étant donnée l'action néfaste exercée par les acides sur les éléments fécondants, on conçoit que le sperme s'altère très rapidement dans le vagin, dont le mucus est normalement acide (l'acidité augmentant à l'état pathologique), tandis qu'il se conserve bien dans la cavité du col dont le mucus est alcalin. Cette inégale action des liquides acides et alcalins sur les spermatozoïdes donne lieu à des deductions thérapeutiques importantes. On recommandera en effet les irrigations vaginales alcalines avec l'eau de Vichy, de Vals ; solution de potasse ou de soude, ou mieux encore un mélange contenant 1 gramme de potasse et 150 grammes de sucre pour 1 litre d'eau. C'est sans doute à leurs propriétés alcalines que certaines sources thermales doivent leur heureuse influence sur la grossesse.

Bien autrement nombreux et importants sont les *obstacles mécaniques* qui peuvent s'opposer à la fécondation, et si nous procédons de dehors en dedans, nous les rencontrons successivement dans la vulve, le vagin, l'utérus, les trompes, les ovaires, le péritoine.

Les imperforations de la vulve coïncidant ou non avec l'intégrité des organes génitaux internes, rendant la femme impuissante et stérile, c'est-à-dire qu'elle est incapable à la fois d'accomplir l'acte sexuel et de concevoir. Le vagin ne peut pas exister du tout, ou bien être rudimentaire ou enfin être cloisonné soit par l'hymen, soit par un diaphragme membraneux siégeant le plus souvent à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur. Il faut remédier à ces anomalies soit par la dilatation, soit par une intervention chirurgicale dans laquelle on créera un vagin artificiel.

Dans quelques cas on a vu l'absence de procréation résulter soit de l'insuffisance de profondeur du vagin, auquel cas le liquide spermatique est immédiatement rejeté, ou bien au contraire d'une profondeur exagérée du cul de-sac postérieur. Les rapprochements sexuels sont empêchés chez certaines femmes par ce qu'on appelle le vaginisme, c'est-à-dire l'hyperesthésie douloureuse de la région génitale externe s'accompagnant de contracture des muscles constricteurs. Cet état comparable à celui qu'on observe dans les affections fissuraires de l'anus est en effet le plus souvent lié à l'existence d'une fissure, d'une

petite ulcération, plus rarement à une affection vésicale, anale, à un polype pédiculé de l'urèthre, etc.

On remédiera à cet état en recherchant la lésion et en essayant d'en obtenir l' cicatrisation ; on combattra l'état spasmodique par les badiageonnages à la cocaïne, les suppositoires opiacés ou bromurés. On recourra à la dilatation dans les cas où ces procédés échoueront.

Du côté de l'utérus les causes de stérilité sont encore plus nombreuses.

L'absence d'utérus est très rare ; plus fréquents sont les arrêts de développement désignés sous les noms d'utérus fœtal, infantile ou pubescent. Il importe de bien distinguer ces trois formes les unes des autres ; en effet, tandis que les deux premières sont des causes irrémédiables de stérilité, la troisième, au contraire, peut être soumise à une intervention utile. L'utérus étant resté dans l'état où il était avant l'époque de puberté, on peut, par une bonne hygiène, l'exercice, la gymnastique, une nourriture substantielle, l'électricité, le catéthérisme, etc., le réveiller de sa torpeur et l'amener dans les conditions nécessaires à son bon fonctionnement. Nous ne ferons que citer les autres anomalies de développement telles que les utérus unicorues et les utérus doubles, qui ne peuvent pas être considérés comme une cause de stérilité.

Il n'en est pas de même des oblitérations et rétrécissements du col qui sont quelquefois congénitaux, mais dans la pathogénie desquels il faut surtout incriminer les cautérisations intempestives. On ne doit pas oublier de rappeler que chez certaines femmes on observe au niveau de l'isthme un rétrécissement spasmodique dont le catéthérisme utérin révèle l'existence.

Le meilleur traitement du rétrécissement du col utérin consiste dans la dilatation que l'on fait soit avec des tiges de laminaire iodoformées, soit avec des bougies. L'antisepsie la plus rigoureuse doit toujours présider à toutes ces interventions sur les organes génitaux internes.

D'autres anomalies du col utérin ont également de l'importance relativement à la stérilité. De ce nombre sont les allongements hypertrophiques auxquels on remédie en enlevant la partie hypertrophiée.

Contrairement à l'opinion très répandue, M. de Sinéty ne pense pas que les déviations utérines aient une action pathologique très grande. Elles agiraient bien moins par elles-mêmes que par les complications qui leur font cortège, principalement la métrite, la périmérite, la salpingite et la pelvi-péritonite.

Les différentes formes de métrites ou inflammations de l'utérus, et surtout les métrites chroniques (métrite muqueuse, métrite parenchymateuse) que l'on rencontre pour une cause ou une autre chez un nom-

bre si considérable de femmes, sont des accidents auxquels il faut remédier de bonne heure si l'on tient à une reproduction régulière. Dans un cas l'imprégnation est entravée par le mauvais état de la muqueuse ; dans l'autre, la périmérite, l'immobilisation de l'utérus s'opposent au développement du produit de la conception.

Dans la métrite muqueuse chronique, on aura recours aux cautérisations de la cavité cervicale avec la teinture d'iode, l'acide chromique, etc. Dans la métrite parenchymateuse, on aura recours aux scarifications du col, associées ou non aux injections interstitielles de créosote. Quant au curettage, qui devient à l'heure actuelle une opération à la mode, il a rendu, grâce aux progrès de l'antisepsie, de grands services dans les cas de métrites rebelles.

Les néoplasmes de l'utérus (fibro-myômes, fibromes interstitiels ou sous-muqueux, polypes, cancer) ont une action très variable sur la fécondation, suivant leur volume et surtout suivant leur siège.

Les maladies des trompes et en particulier les salpingites, ont acquis à juste titre une grande importance dans la question de la reproduction. Elles s'opposent, en effet, à la migration et à la rencontre des spermatozoïdes et de l'ovule. Heureusement que chez beaucoup de sujets l'inflammation des trompes guérit par un traitement médical (repos, irrigations vaginales antiseptiques, stations thermales), car sans vouloir médire du traitement chirurgical, il faut qu'il s'occupe beaucoup plus de faire disparaître les troubles pathologiques que de restaurer l'intégrité fonctionnelle et anatomique de l'organe.

Nous arrivons maintenant aux lésions des ovaires dont l'importance est d'autant plus évidente que ces organes renferment l'élément principal de la reproduction, l'ovule.

L'absence des deux ovaires est un fait excessivement rare. Quant à l'état rudimentaire de l'ovaire, il accompagne ordinairement des lésions congénitales analogues du côté de l'utérus. On y remédiera surtout par un traitement général.

Diverses affections de l'ovaire sont aussi causes d'infécondité et parmi celles-ci nous citerons l'ovarite à laquelle la plupart des auteurs ont, à l'avis de M. de Sinéty, attribué une importance exagérée dans la pathogénie de la stérilité. D'après ses recherches anatomo pathologiques, en effet, les lésions glandulaires paraissent presque toujours se développer secondairement et s'accompagner de pelvi-peritonite, de salpingite, de lymphangite.

Contre cette inflammation ovarienne on emploiera le même traitement médical que contre la salpingite. Quant aux dégénérescences fibreuse, cancéreuse, tuberculeuse, kystique des ovaires, elles ne sont

compatibles avec la fécondation qu'en tant qu'elles sont unilatérales, et elles réclament un traitement chirurgical.

Nous avons déjà plusieurs fois prononcé le mot de "pelvi-péritonite" ou inflammation du péritoine pelvien ; c'est qu'en effet ces accidents inflammatoires sont les compagnons ordinaires de presque toutes les affections des organes génitaux internes.

"La pelvi-péritonite est une cause fréquente quoique non-absolue de stérilité, par oblitération des conduits tubaires ou fixation des ovaires et des trompes dans des rapports incompatibles avec la fécondation. Si la grossesse survient dans ces conditions, ses débuts sont souvent difficiles ou pénibles jusque vers le quatrième mois ou bien un avortement se produit dans ses premières périodes."

La migration de l'ovule vers la trompe peut également être entravée par de simples modifications de l'épithélium qui unit l'ovaire à la trompe.

On a cru pendant longtemps que la trompe, par une sorte d'érection venait appliquer contre l'ovaire et recevait ainsi l'ovule au moment de la déhiscence folliculaire.

Des recherches récentes ont montré qu'il n'en est pas ainsi. La progression de l'ovule vers la trompe est déterminée par des courants dirigés de l'ovaire vers le pavillon et produits eux-mêmes par des cellules à cils vibratiles qui revêtent la zone péritonéale tubo ovarienne. L'inflammation fait disparaître ces cellules, l'ovule tombe et reste alors dans le péritoine.

Ces pelvi-péritonites sont des affections aussi rebelles que fréquentes. S'il est difficile d'empêcher la formation des fausses membranes au moment de la période aiguë, il faut, d'après M. de Sinéty, quand la maladie est devenue chronique, essayer de faire disparaître les adhérences et pour cela il conseille les grands bains alcalins avec introduction du spéculum spécial pendant toute la durée du bain, les cures thermales (Salies, Salins, Néris, Plombières), l'électricité faradique, le massage local, un exercice modéré.

Les troubles de la menstruation sont souvent accusés d'être le point de départ de l'infécondité. L'aménorrhée n'est pas incompatible avec la grossesse et l'on voit quelquefois des femmes qui n'ont jamais été réglées ou dont les règles ont disparu depuis un temps plus ou moins long, devenir enceintes. Cependant telle n'est pas la règle et la réapparition des règles coïncidant fréquemment avec le retour de la fécondité, il importe de traiter l'aménorrhée. Pour cela il faut remédier à l'affection générale (tuberculose, syphilis, chlorose) dont elle est la manifestation, et si elle est liée à un manque d'activité de l'appareil utéro-ovarien on recourra aux procédés dont il a été question : bonne hy

giène, exercice, hydrothérapie, catéthérisme de la cavité utérine¹ électricité, sinapismes, etc.

Lorsqu'il y a eu au contraire des pertes de sang exagérées, soit au moment des règles (ménorrhagies), soit dans leur intervalle (métrorragies), on emploiera le mode de traitement ordinaire des hémorragies en général.

Les accidents dysménorrhéiques et en particulier la dysménorrhée membraneuse méritent d'appeler l'attention, car la plupart des femmes qui en sont atteintes sont et restent stériles. Cependant pour M. de Sinéty il ne faut pas considérer ces accidents comme incurables. Il faut rechercher soigneusement la cause de la dysménorrhée (rétrécissement anatomique ou spasmodique du col, sténose cervicale, chlorose altérations de la muqueuse utérine) et lui appliquer le traitement qu'elle réclame.

Jour. du Conn.

FORMULAIRE

Pilules contre la bronchite inflammatoire chronique

E. FERRAND.

Goudron purifié.....	1 gramme.
Poudre de Dover.....	1 gr. 50 cent.
Poudre de benjoin.....	q. s. pour 20 pilules.

Une à quatre, dans la journée, dans la bronchite inflammatoire chronique.—Un purgatif deux fois par semaine.—Frictions révulsives sur le dos et la poitrine avec la pommade ammoniacale.—Fumigations au chlorhydrate d'ammoniaque.—N. G.

Union Médicale.

Traitement de la syphilis

Fournier, ainsi que plusieurs médecins autorisés ont cru devoir prolonger outre mesure le traitement spécial, malgré l'absence d'accidents spécifiques. Une pareille manière de procéder paraît irrationnelle et inutile au Pr Kaposi (de Vienne). Il fait remarquer que la plupart des patients après avoir suivi le traitement pendant plusieurs mois sont tout à fait indemnes et peuvent se marier et avoir une postérité exempte de la tare héréditaire. En second lieu, il considère que le traitement ainsi continué est nuisible, car il n'est pas indifférent pour l'organisme d'être soumis pendant longtemps à l'action de poisons tels que le mercure et l'iode. Au point de vue psychique, cette méthode est encore nuisible, car les patients n'arrivent plus à pouvoir jouir de leur santé réelle, car ils redoutent toujours l'approche d'un

accident que rien ne fait prévoir. Kaposi conclut qu'il faut procéder à un premier traitement avec beaucoup de soin et cela pendant un certain temps, mais qu'il ne faut renouveler la cure que si des accidents évidemment syphilitiques se montrent à nouveau.—*Mouvement Thér.*

Purgatif pour les enfants ;

Excellente formule :

Huile de ricin.....	15 grammes.
Infusion de café.....	60 —
Sucre	20 —
Jaune d'œuf n° 1	
Faire une émulsion.	

VARIÉTÉS.

Transmission des maladies par la margarine

MM. Scala et Alessi (de Rome) viennent de publier des études sur la possibilité de la transmission de quelques maladies par le beurre artificiel ; la *Revue internationale de médecine* a publié le résumé ci-après de ces études :

L'usage du beurre artificiel est extrêmement répandu. A Paris, en 1887, la quantité fabriquée a égalé celle qu'auraient produite 30 000 vaches. En Allemagne, 52 fabriques produisent annuellement 150,000 quintaux de beurre artificiel ; la Hollande, en 1881, en a exporté 250,000 quintaux. La *Commercial Manufacturing Company* de New-York, à elle seule, en donne 100,000 kilogrammes par semaine, et la production journalière des fabriques des Etats de New-York égale la quantité de beurre que fourniraient 300,000 vaches. Il est donc intéressant de savoir que le beurre artificiel, lorsqu'il est préparé avec des matières grasses provenant d'animaux morts de maladies infectieuses, peut offrir, comme le montre les auteurs, de sérieux dangers pour la santé des consommateurs.

En effet, les bacilles sporigènes du charbon, le *Staphylococcus pyogenes aureus*, le streptocoque pyogène, les bacilles de la morve résistent tous dans le beurre filtré et non filtré à l'action d'une température de 50° pendant deux heures, ou de 40° degrés pendant vingt-quatre heures ; seuls, le streptocoque pyogène et les bacilles de la morve meurent dans le beurre filtré. De plus, les bacilles du charbon peuvent résister dans le beurre non filtré quarante-six jours et peut-être plus, mais vingt-huit jours à peine s'il y a eu filtration. Tous les autres germes meurent dans l'un et dans l'autre beurre à peu près dans les trente jours. Les bacilles sporigènes du charbon sont patho-

gènes pendant trente jours au plus dans le beurre filtré, et le sont toujours dans le beurre non filtré. Le streptocoque pyrogène, dans le beurre non filtré, n'est plus pathogène après l'action de la température susindiquée, mais il reste pathogène dans les mêmes conditions s'il n'y a pas eu filtration. Les bacilles de la morve n'ont jamais produit la mort des animaux en expérience, ceux de la tuberculose l'ont produite dans un cas.

Dans la pratique, les résultats sont moins funestes, parce que la plupart des fabriques ne se prêtent pas au commerce déshonnête des matières grasses provenant d'animaux infectés, et parce que le beurre, employé comme condiment, est souvent soumis à une température élevée avant d'être employé. Reste le danger du mélange du beurre artificiel au naturel, et de l'emploi du beurre artificiel sans cuisson. Les auteurs terminent en donnant le conseil important de n'employer la margarine pour la préparation du beurre que quarante jours après sa fabrication ; on est sûr alors de la mort des germes si résistants du charbon.—*Revue Scientifique.*

Anémie pernicieuse due aux ascarides

M. Demme (de Berne) pense qu'il ne faut pas toujours rejeter absolument comme commérages les plaintes des parents relativement aux vers de leurs enfants. Il a eu l'occasion d'observer trois cas d'anémie pernicieuse chez les enfants, dans lesquels les vers pouvaient être incriminés. Un de ces cas se termina par la mort et l'on trouva des amas de lombrics dans l'intestin et dans l'estomac. Les deux autres cas guérirent par l'expulsion de masses compactes d'ascarides lombricoïdes. Dans un de ces deux cas qu'il rapporte en détail, il s'agit d'un enfant de trois ans dont l'état était fort inquiétant par suite d'une anémie extrême ; deux ascarides rejetées par vomissement attirèrent l'attention du côté de l'intestin où la palpation faisait sentir de grosses masses fécales. L'administration de santonine et de calomel amena l'expulsion de paquets d'ascarides, dont quelques-unes atteignaient vingt-cinq et trente centimètres de long. L'amélioration s'accusa aussitôt après et la guérison fut très prompte. Dans ces divers cas il y avait des ascarides en nombre considérable, jusqu'à deux et trois cents, et l'on en trouvait aussi dans l'estomac.

Demme conseille, toutes les fois que chez un jeune enfant l'on soupçonne la présence d'ascarides, de donner deux à trois centigrammes de santonine dans une cuillerée d'huile d'olives ou d'huile de ricin, suivant l'âge de l'enfant. S'il y a des lombrics, il en passera sûrement quelques-uns dans les selles et l'on pourra alors insister un peu plus énergiquement sur le traitement vermifuge.

BULLETIN

Le Collège des médecins a-t-il le droit de refuser la licence aux médecins diplômés en Angleterre, en France, ou dans les colonies britanniques ? Peut-il exiger d'eux un examen ?

Au mois de mai dernier, M. le Dr Pavlidès, porteur d'un diplôme de docteur en médecine de la faculté de Paris, se présentait devant le collège des médecins de cette province pour obtenir sa licence.

Le bureau des gouverneurs, croyant avoir à se plaindre de la manière un peu trop *charlatan*, dont ce monsieur s'était annoncé ; au dire de certains membres crût qu'il était de son devoir, comme protecteur des intérêts de la classe médicale du pays, de ne pas accorder inconsiderément la demande de M. le docteur Pavlidès ; il se réserva d'étudier la question à fond à l'assemblée générale des médecins qui a eu lieu en juillet dernier.

Mais pendant ce temps, M. le Dr Pavlidès, ayant pris connaissance de l'acte médical, se crût en droit de ne pas passer par ces formalités et de prendre un bref de mandamus contre le collège, afin de le forcer à lui accorder immédiatement sa licence. Il basait sa requête sur l'article 3977 des statuts provinciaux ; cette clause se lit comme suit :

3977. Toute personne ayant obtenu ou qui obtiendra ci-après un degré ou diplôme de médecine, dans une des universités ou écoles mentionnées, a la quatrième section du présent acte, aura droit à telle licence, sans examen, quant à ses connaissances et habileté en médecine ; pourvu que tel diplôme n'ait été donné qu'après quatre années d'étude médicale, depuis la date de l'admission à l'étude, et suivant les exigences de la loi actuelle ; pourvu aussi que " LE BUREAU PROVINCIAL DE MÉDECINE " aura le privilège d'accorder le même privilège aux porteurs de degrés ou de diplôme de médecine et de chirurgie d'autres universités et collèges britanniques, ou des colonies ou de France.

Le collège fort de ses droits, croyant pouvoir user à sa discrétion du pouvoir que lui accordait la dernière clause de cet article plaida, en se basant, sur le même article 3977 et aussi sur les articles 3980 et 3981, qui se lisent ainsi :

Art. 3980.—Tout aspirant à la licence pour pratiquer la médecine, la chirurgie et l'art obstétrique en cette province qui désire être enregistré, et qui n'a pas obtenu un degré ou diplôme de médecine, de chirurgie, d'art obstétrique dans une des institutions mentionnées

en l'article 3972 (1) doit, avant d'avoir droit à telle licence et à l'enrégistrement, passer un examen devant ce bureau pour prouver ses connaissances et aptitudes à la pratique de la médecine, de la chirurgie et de l'art obstétrique et après avoir passé l'examen requis et avoir prouvé à la satisfaction des examinateurs qu'il s'est conformé dans une institution d'enseignement médical dans les possessions de sa majesté aux règlements passés par le bureau provincial et sur paiement des honoraires que le bureau peut fixer par règlement général, il a droit à cette licence.

Art. 3981.—Toute personne venant d'un collège reconnu en dehors des possessions de sa majesté et désirant obtenir la licence du collège des médecins et chirurgiens de la Province de Québec, doit au préalable subir l'examen préliminaire devant les examinateurs nommés par le bureau provincial de médecine ou prouver à la satisfaction du bureau qu'elle a déjà passé un examen équivalent. Elle doit de plus suivre dans l'une des écoles de médecine de cette province un cours complet, six mois, de lectures et tout autres cours nécessaires pour compléter le curriculum exigé par le bureau; elle doit aussi subir l'examen professionnel devant le bureau provincial de médecine.

Cette personne peut subir un examen professionnel immédiatement après l'examen préliminaire."

Le Dr Pavlidès prétendait donc avoir le droit d'exiger sa licence du bureau, sur simple prétention de ses diplômes et de ses certificats d'études. Le collège prétendait avoir le droit de lui refuser cette licence, ou au moins d'exiger de lui qu'il se soumit à un examen.

C'est sur ces prétentions que l'Honorable Juge de Lorimier a été appelé à se prononcer.

Et d'abord dit l'honorable Juge, le requérant est-il obligé de subir des examens. La deuxième partie de l'article 3977 donne au bureau des médecins le pouvoir d'accorder aux diplômés de l'Angleterre, des colonies britanniques et de la France, les mêmes privilèges que ceux qu'elle donne à nos porteurs de diplômes canadiens, c'est-à-dire que le bureau médical a le pouvoir d'accorder aux diplômés de Paris une licence pour pratiquer la médecine en ce pays sans exiger d'eux aucune examen.

Et maintenant quelle est l'interprétation de cette clause? Ce pouvoir est-il impératif ou facultatif? L'honorable juge n'hésite pas à dire que

(1) Laval Bishop, Victoria McGill.

ce pouvoir est impératif : et il cite à l'appui de son opinion, plusieurs auteurs de droit.

“ S'il en était autrement, dit il, si ce pouvoir était facultatif, l'admission des médecins étrangers serait laissée à l'arbitraire du collège des médecins : le collège pourrait admettre un diplômé de Paris, et en refuser un autre muni des mêmes diplômes, selon les dispositions de ses membres envers les étrangers. Une telle interprétation serait souverainement injuste et l'esprit du législateur n'a pas été de faire des lois injustes.” Quant aux articles 3980 et 3981, ils ne trouvent leur application que pour les diplômés venant d'universités non mentionnées par l'article 3977.

En conclusion :

- 1^o Le requérant est diplômé d'une université reconnue.
 - 2^o Il a donné tous les titres et certificats d'études exigés par la loi.
 - 3^o Il tombe sous l'effet de l'article 3977 des statuts provinciaux.
- Sa requête est bien fondée et doit être accordée.”

Et c'est ainsi que les médecins d'Angleterre, de France, d'Australie, de la Province d'Ontario, etc., etc., ont le droit de venir s'établir chez nous sans examens.

Comme nos lecteurs ont pu le voir par le compte rendu de l'assemblée triennale des médecins, une commission a été nommée pour se rendre à Toronto en septembre prochain, afin de jeter les bases d'un pacte de réciprocité entre les deux provinces, pour l'admission des médecins venant de la province-sœur.

Si les messieurs du bureau médical d'Ontario prennent connaissance de ce jugement, nous pouvons nous réjouir d'avance des succès qui attendent nos commissaires.

L'on nous apprend que le bureau des gouverneurs a résolu de porter cette cause en appel.

Dispensaire de l'Asile de la Providence.

Total des ordonnances depuis le 1er juillet 1891 au 1er juillet
1892 22,038

Sous la direction de MM. les docteurs Asselin, Dugas, Fortier, Lefavre, Coulombe, Poitras, L'Ecuyer, Archambault, Villeneuve, Prévost, Beaudoin et Daigle.

Total des visites faites à domicile par ces messieurs..... 2,178