

à propos de ces lésions ; enfin elle prouve que l'intervention chirurgicale, dans les cas de ce genre, rend parfois de signalés services. Si notre petit hémiplegique demeure, au point de vue des travaux manuels, un infirme, il pourra, l'épilepsie supprimée apprendre à lire et à écrire : il pourra donc gagner sa vie.

Section d'ophtalmo-oto-rhinolaryngologie

Cette année—pour la première fois depuis la fondation de l'Association Médicale—les spécialistes des maladies de la tête ont tenu leur réunion séparément sous la présidence du Dr Birkett, le Dr McKee étant au secrétariat. Environ vingt-cinq médecins, des différentes parties du Canada, assistaient à la séance du 11 juin, dans une des salles de la bibliothèque Carnégie. Le président, après avoir souhaité la bienvenue aux membres présents, donna la parole à ceux qui s'étaient inscrits pour des communications.

Le Dr R.-A. Reeve (Toronto) nous entretient des blessures profondes de l'œil, avec ou sans corps étranger. Lorsque l'on constate à l'examen un prolapsus de l'iris, il faut en pratiquer immédiatement l'excision. Si le traumatisme a produit une opacité du cristallin, M. Reeve préconise l'iridectomie avant d'en faire l'extraction. Il nous parle ensuite de l'ophtalmie sympathique comme complication ; et de son expérience personnelle au sujet des corps étrangers du vitré qui sont susceptibles d'être enlevés au moyen de l'aimant.

Le Dr G.-U. Mathewson (Montréal) relate l'observation clinique d'un malade atteint d'ophtalmie sympathique survenue à la suite d'une blessure de l'œil qui datait de 21 ans. Le rapporteur insiste sur cette longue période pendant laquelle le patient n'accusa aucune douleur oculaire, et termine par quelques considérations sur l'étiologie de l'ophtalmie sympathique.

Le Dr C.-M. Stewart (Ottawa) passe en revue la technique de la résection sous-muqueuse de la cloison nasale. Il fait ressortir les avantages de cette méthode comparée avec autres procédés qui sont plus ou moins susceptibles de laisser à la suite une perforation du septum. L'opération peut être faite sous chloroforme, ou avec un mélange de cocaïne et adrénaline, en application locale.

M. Birkett, en discussion, dit préférer inciser la muqueuse sur le côté convexe, bien que certains opérateurs fassent l'incision sur le côté concave. Cette méthode lui permet d'exécuter l'ablation de la partie déviée avec plus de facilité.

Le Dr J.-N. Roy (Montréal) fait part d'une observation très rare d'un malade âgé de 14 ans, à qui il a enlevé un fibrome calcifiant de l'orbite. Deux ans avant cette opération, un confrère avait dû enlever l'œil pour des troubles de nutrition. La possibilité du développement du fibrome de l'orbite a été niée pendant longtemps par certains ophtalmologistes ; aujourd'hui, il est prouvé par le microscope que cette tumeur peut exister. La cavité orbitaire étant guérie, M. Roy fit une tarsorrhaphie partielle qui donna un excellent résultat.

M. Reeve, en discussion, insiste sur l'importance de conserver l'œil en faisant l'ablation d'une tumeur orbitaire.

Le Dr U. McKee (Montreal) parle de l'étiologie et du traitement des ulcères de la cornée. Il s'étend longuement sur les différentes variétés de microbes qui sont en cause, et fait ressortir l'importance de l'examen bactériologique. Il passe en revue les principaux traitements, anciens et nouveaux, sans oublier la sérothérapie dont les effets sont encore incertains.

MM. Mathewson et Tooke prennent part à la discussion.

Le Dr N. C. Jones (Toronto) traite des otites moyennes aiguës suppurées. Quoique douloureuse la paracentèse doit être faite le plus tôt possible. L'oreille est aseptisée par des bains d'eau oxygénée ou d'alcool boriqué, et des instillations de glycérine phéniquée. S'il y a complication de mastoïdite, il faut appliquer de la glace sur l'apophyse avant de faire la séparation.

Mr Roy en discussion dit se servir de la solution de Bonain pour faire ces paracentèses. Ce mélange analgésique appliqué sur le tympan pendant deux minutes, au moyen d'une petite boule de coton, permet d'exécuter cette opération sans douleur.

Le Dr F. T. Tooke (Montréal) préconise la pince kystitome pour l'ouverture de la capsule antérieure dans l'opération de la cataracte. Il mentionne les avantages de cette pince sur le kystitome ordinaire, au nombre desquels serait la moindre tendance à la cataracte secondaire. Cependant lorsque la cristalloïde est très épaisse, vaut-il mieux se servir du kystitome.

MM. Minnes et McKee prennent part à la discussion.