

## Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

Pagination continue.

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

# TRAVAUX ORIGINAUX.

---

## La Craniotomie.

---

(Lu devant la Société Médicale par le Dr A. DAGENAIS,  
Prof. à l'Université-Laval, Montréal.)

---

(Suite et fin.)

Cependant malgré ce sentiment unanime des théologiens, M. Avanzini soutient que le médecin peut faire la céphalotomie sur l'enfant vivant quand l'opération césarienne est impossible. Parceque, dit-il, alors l'enfant doit mourir, et il n'y a que le mode de mort qui soit changé. Avant de répondre à cet argument, il est bon de remarquer qu'il est difficile de concevoir une circonstance où la craniotomie soit possible sans que l'opération césarienne le soit aussi. Si la femme est trop faible pour supporter la gastrotomie, même avec le secours des anesthésiques, il est tout probable qu'elle le sera aussi pour la céphalotomie; car cette dernière opération qui demande des manœuvres répétées, ne se fait pas sans douleur pour la mère, et même souvent, elle demande plus de temps que l'opération césarienne,

Maintenant je laisse M. Eschbach répondre à M. Avanzini.

“La morale chrétienne n'a jamais admis que le fait seul de l'impossibilité de prolonger, pour des causes naturelles, l'existence au-delà d'un terme donné, ravisse à l'homme le droit actuel à la vie, ni même le dispense du devoir de vivre, tant que l'heure suprême n'a pas sonné. Elle n'a jamais admis qu'à cet homme il ne reste d'autre droit que celui de décerner par quelle issue son âme immortelle s'échappera de l'enveloppe périssable qui la retient prisonnière. Saül blessé mortellement n'était pas autorisé à se jeter son épée, ni à se choisir le mode de mourir; et de son côté le soldat amalécite, en se vantant de l'avoir achevé, se déclarait coupable du crime d'assassinat.”

Une autre comparaison.—Un batelier reçoit un passager dans sa frêle embarcation. La mer est battue par les vents ; ils vont être fatalement engloutis tous deux, si l'un ou l'autre n'est sacrifié. Le batelier se jette sur son compagnon, lui brûle la cervelle et abandonne son corps aux flots. Cet acte est-il justifié par la morale chrétienne ? Nous ne pensons pas que l'on puisse citer un seul théologien casuiste ayant répondu affirmativement ; et cependant telle serait la réponse de notre auteur, au moins si l'on en juge d'après ses principes. Ne dira-t-il pas que le pauvre passager devant périr dans quelques instants a perdu son droit à la vie, et qu'il ne lui reste que la liberté de choisir le genre de mort ?..... Mais non ; notre honorable adversaire, nonobstant ses principes, ne s'écarterait pas dans le cas présent, de l'enseignement universel des moralistes. Avec eux, il condamnerait l'acte en question comme un crime et un assassinat. Avec eux, il proclamerait ici, nous en avons la persuasion, un *Non licet* absolu, et reconnaîtrait qu'en de semblables occurrences le devoir impose de mourir et ne permet en aucune façon l'usage d'un arme homicide. Or ces occurrences se produisent, avec une similitude frappante, dans le cas de l'embryotomie. S'il existe une différence entre les deux cas, elle est toute entière en notre faveur. Le passager, en effet, est entré dans la barque librement, peut-être sur ses plus vives instances ; peut-être y a-t-il été reçu par charité, et sans doute il aura prévu, *saltem in confuso*, le danger qu'il allait courir, tandis que l'innocent petit être que la mère porte dans son sein y a été renfermé sans sa participation, par suite d'un acte souvent tout égoïste, toujours librement posé par celle dont il a droit d'exiger aide et protection.

Outre ces considérations qui paraissent péremptoires, ne pourrait-on pas demander à M. Avanzini, si un condamné à mort, pour éviter à sa famille et à lui-même la honte de monter sur l'échafaud, a le droit d'avaler un poison violent ou de se plonger un poignard dans le cœur. Il n'est pas probable que ce Monsieur répondrait dans l'affirmative à cette question, et pourtant dans cette circonstance, le condamné ne ferait que changer son mode de mort.

M. Avanzini ajoute que dans certaines conjonctures, il est permis de tuer un innocent et il dit : étant poursuivi par un, ennemi qui veut attenter à mes jours, il m'est permis en me sauvant d'écraser un enfant qui se trouve sur mon chemin : ou encore, je puis tuer un innocent dont un injuste agresseur se ferait un bouclier ; alors pourquoi ne serait il pas permis de sacrifier l'enfant pour sauver la mère ?

Celui qui en se sauvant d'un ennemi écraserait un enfant

n'est pas coupable parce qu'il n'a pas voulu la mort de l'enfant; son but n'était que de sauver sa vie par la fuite, et la mort de l'innocent n'a été qu'un accident survenu en dehors de sa volonté, *proter intentionem*. Il en est de même de celui qui en voulant frapper un injuste agresseur, transpercerait d'un coup de lance le corps d'un innocent dont son ennemi se ferait un bouclier. En frappant son agresseur, il fait un acte licite; mais par des circonstances en dehors de sa volonté, cet acte se trouve avoir une double conséquence, la mort de son ennemi et celle de l'innocent. Mais tous les théologiens sont d'accord pour affirmer que dans ces cas, pour être licite, la mort de l'innocent ne doit pas avoir été prévue ou voulue par celui qui la donne, parce qu'alors il serait réellement coupable; autrement il faudrait adopter en morale le principe que la fin justifie les moyens. Or dans la craniotomie, la mort de l'enfant est-elle voulue par le médecin? Évidemment oui. Car, cette opération qui n'est qu'une suite de manœuvres, commence par enfoncer un fer meurtrier dans le crâne, ou si l'opérateur emploie le céphalotribe, il broie ce crâne, causant par là immédiatement la mort de l'enfant. Ainsi le premier acte de la craniotomie est de tuer le fœtus, et le second de l'extraire; de sorte que le médecin délibérément et volontairement, fait périr un innocent pour soustraire la mère à un danger. On voit par là qu'il n'y a pas de similitude entre les cas posés par M. Avanzini et celui de la craniotomie.

Le dernier argument apporté par M. Avanzini en faveur de la craniotomie est celui-ci: si l'enfant est formellement innocent, il est matériellement un injuste agresseur vis-à-vis de sa mère dont il met la vie en danger; or s'il est permis à quelqu'un de tuer un fou furieux qui menacerait sa vie, il devrait être également permis à la femme de sacrifier la vie de son enfant pour sauver la sienne. Car le fou est aussi formellement innocent que l'enfant, puisqu'il n'est pas responsable de ces actes. M. le Dr Hubert, professeur de médecine à l'Université de Louvain, répond ainsi à ce raisonnement:

"Toute attaque suppose une action. Un être passif ne saurait être considéré comme agresseur à moins d'admettre une agression passive, ce qui implique contradiction dans les termes. Le fœtus est resté complètement étranger à l'acte de sa conception, et *contrairement à l'opinion des anciens*, il reste également étranger au travail qui s'établit pour son expulsion. À ces deux termes de la vie intra-utérine, il est donc tout à fait passif.

Pendant la grossesse... dans l'état de nos connaissances, il

est impossible de dire si l'enfant *prend* ou s'il *reçoit* les liquides et l'espace nécessaire à son évolution. Reconnaissons toutefois qu'il ne se comporte pas à la manière d'un corps inerte, qu'il jouit d'une certaine activité, qu'il se développe vitalement, en vertu d'une force propre, et que, vu l'existence du vice du bassin, ce développement constitue un élément de danger, ou, si l'on veut, un fait nuisible à la femme.

Si, forçant un peu la signification du mot, on qualifie ce fait du titre d'attaque, et si l'on dit qu'elle est injuste... cette théorie est-elle soutenable en morale pure ?

L'injustice d'un acte doit s'envisager à un double point de vue : au point de vue de celui qui le pose, au point de vue de celui qui s'en trouve lésé ?

Au point de vue de celui qui le pose, l'acte n'est injuste que quand son auteur sort de la limite de ses droits : *nam qui suo jure utitur nemini facit injuriam*. Lorsque les sphères individuelles sont bien distinctes et indépendantes, l'homme ne peut empiéter sur celle du prochain sans sortir de la sienne propre, et l'agression, si elle a eu lieu, présente sûrement les caractères de l'injustice. Ainsi l'assassin, le fou furieux, en nous frappant, commettent un acte injuste, parce qu'ils compromettent notre existence, en même temps qu'ils sortent de la sphère de leurs droits.

Mais l'enfant qui se développe dans le sein de sa mère n'est pas dans les mêmes conditions ; car si en lui, on reconnaît un seul droit, ce doit être, avant tout, celui de vivre et de se développer conformément aux lois de sa nature. A ce point de vue, son développement ne peut donc être considéré comme un acte injuste, et s'il constitue un mal, c'est un mal de force majeure, sans moralité aucune.

Pour celui qui se trouve lésé, l'acte est injuste dès qu'il y a empiètement sur ses droits et qu'il n'a rien fait pour légitimer cet empiètement. Or, dira-t-on, la femme a le droit de vivre et le développement du fœtus porte atteinte à ce droit, et comme, en concevant, elle n'a fait qu'un acte naturel, parfaitement légitime, elle doit conserver le droit de réagir contre le danger qui la menace.

Ce raisonnement serait peut être juste, si le danger procédait d'un tiers envers lequel elle ne serait liée par aucune espèce d'obligations.

Mais, en concevant librement, la mère a pris envers son enfant un de ces engagements que l'on désigne sous le titre de *quasi-contrat*, c'est-à-dire qu'elle a passé un de ces faits volontaires d'où résultent, pour elle, des obligations réelles, positives, et, pour lui, des droits naturels corrélatifs. De quelque

façon qu'on l'envisage, l'avortement provoqué (et *a fortiori* la craniotomie) implique toujours l'oubli d'un devoir, et la violation d'un droit.

En vain dirait-on que si la femme a pris l'engagement tacite de nourrir le fruit de ses entrailles, c'est uniquement dans la pensée qu'elle le pourrait, sans s'exposer à un danger aussi grave que celui de l'opération césarienne ; ce serait prétendre que la morale n'oblige que quand sa pratique est facile ; ce serait prétendre que le milicien enrôlé volontairement et chargé de la défense d'un pont, peut abandonner son poste, sous prétexte qu'en s'engageant, il n'a pensé courir que les chances d'une guerre ordinaire. Pour lui cependant, il ne s'agit encore que de l'omission d'un devoir, tandis que pour la femme qui se fait avorter, il s'agit en outre de la violation d'un droit, d'un fœticide *par commission*.

Remarquons, d'autre part, que c'est elle-même qui a mis l'enfant dans une position qu'il ne pouvait refuser, qu'il ne peut changer, et dans laquelle il se conforme aux lois de sa destinée, de sorte que, en provoquant sa ruine, elle écarte un péril dont elle est en réalité l'auteur et la cause première. Or, s'il est permis de se défendre contre ses propres actes, c'est, nous semble-t-il, à la condition que ce ne soit pas au détriment certain, et grave jusqu'à la mort, d'un être innocent.

Si l'enfant ne sort pas un instant de la sphère de ses droits, si son attitude à l'égard de sa mère ne présente nullement les caractères d'une agression injuste, si le mal qu'il constitue est un mal sans moralité, de force majeure, et si, comme le fait matériel, ce mal dérive de la femme elle-même, on ne peut soutenir qu'en le repoussant par un fœticide, celle-ci réunisse les conditions voulues pour la légitime défense.

Au point de vue de la loi naturelle, conclut le savant professeur, c'est l'omission des devoirs maternels.

Au point de vue de la morale, c'est la violation des droits d'un tiers, c'est un mal positif, *malum ab intrinseco*, que la fin ne peut justifier.

Au point de vue du droit naturel et de la morale, c'est surtout un acte illicite, lorsque, en concevant librement, la femme connaissait l'alternative qui allait l'attendre."

A ces observations si justes et si rationnelles du professeur de Louvain, M. Eschbach en ajoute une qui complète la réfutation de l'argument des partisans de la craniotomie, la voici :

Quelles causes physiques produisent d'ordinaire ces terribles conjonctures ou, malgré les efforts de l'art le plus consommé, la mort n'est jamais qu'à demi vaincue, si elle ne triomphe pas complètement? Viennent-elles de la mère? Viennent-elles de

l'enfant, ou des deux à la fois? Hélas! il n'est pas inutile qu'on le sache, c'est habituellement la mère seule qui porte en elle-même la raison d'être de la triste impossibilité de la parturition. L'enfant, la plupart du temps, a suivi dans la marche et le développement de son existence toutes les règles voulues par l'auteur de la nature; mais alors qu'il a le droit de franchir la porte de son obscure prison et de paraître au grand jour, la mère lui oppose une barrière infranchissable et le condamne à mourir avant qu'il ait eu le bonheur de naître. S'il y a ici autre chose qu'un malheur, si on veut à tout prix y trouver une agression, n'est-ce pas plutôt, nous le demandons, la mère qui est l'agresseur et qui attente à la vie de l'enfant? C'est elle qui presque toujours pose physiquement l'obstacle; elle seule que la nature accuse et trouve en défaut. Or, quelle morale a jamais songé, pour cela, à permettre aux défenseurs de l'enfant,—et ces défenseurs peuvent avoir, parfois, le plus grave intérêt à la conservation de son existence,—de traiter cette mère malheureuse en agresseur inique? De quel droit alors voudrait-on infliger cette marque à l'innocent petit être qu'elle porte dans son sein? Non, la thèse embryotomiste ne saurait s'appuyer sur une base pareille. Aussi bien, la science médicale elle-même, malgré son penchant naturel vers l'embryotomie, n'a-elle jamais permis à cet argument de se naturaliser chez elle. Au commencement du dernier siècle, un chirurgien de Frankfort, le Dr Heister, avait essayé de le faire valoir; il eut quelques rares disciples et la chose en resta là.

Le naturalisme et le matérialisme contemporains ont seuls pu, nous le redisons, faire accrédi-ter un acte qui ne cessera pas pour cela d'être un assassinat."

Après cet exposé des deux côtés de la question, Messieurs, je dois vous dire que je n'éprouve aucune hésitation à me prononcer contre la craniotomie quand l'enfant est vivant; et je le fais avec la conviction que les enseignements de la morale sont entièrement d'accord avec ceux de la science. Car si la morale défend dans tous les cas de tuer l'enfant, la science de son côté démontre que la céphalotomie est presque aussi dangereuse pour la femme que l'opération césarienne. Les statistiques que j'ai citées prouvent en effet que les deux opérations sont également fatales pour la moitié des mères; et cela, d'une manière d'autant plus évidente que les chiffres donnés pour montrer le danger de la craniotomie sont fournis par des partisans déclarés de cette opération, tels que Schröder, Churchill, et Dewees. Le Dr Barnes fait donc erreur quand il dit qu'il ne connaît aucun essai fait pour établir l'étendue de ce danger,

*qui ne soit entaché de parti pris évident.* Ce reproche de parti pris, pourrait peut-être s'appliquer avec plus de justice à cet auteur, si chaud partisan de la craniotomie, quand, après avoir cité Pihan-Dufeillay qui dit que l'opération césarienne faite dans des circonstances favorables réussit soixante et quinze fois sur cent, il ajoute : "mais qui nous prouve qu'on n'a pas caché les cas malheureux, ce qui élève la proportion des succès ?" Avec cette méthode de raisonnement, il serait impossible d'arriver à aucune conclusion, puisque ceux qui sont en faveur de l'hystérotomie seraient justifiables aussi de mettre en doute l'exactitude des données de leurs adversaires, et on arriverait ainsi, en médecine, à un scepticisme déplorable. Si on peut supposer que les partisans d'une opération ont exagéré leurs succès, et caché en partie leurs insuccès, on peut aussi le faire pour les partisans de l'autre opération ; de sorte que les statistiques fournies actuellement par les différents auteurs conservent toujours la même valeur relative. Au lieu donc de chercher à déprécier, comme le fait M. Barnes, les données de ceux qui sont en faveur de l'opération césarienne, il me paraît plus raisonnable d'accepter les statistiques telles qu'elles sont : or puisqu'elles prouvent que la gastrotomie n'est pas beaucoup plus dangereuse pour la femme, si elle l'est, que la craniotomie, on doit en conclure que cette dernière opération doit avoir la préférence lorsque l'enfant est vivant, puisqu'elle offre l'avantage de pouvoir le sauver en même temps que la mère. Avant de laisser ce sujet si important je me permettrai de reproduire une partie de la conclusion d'un travail de M. Eschbach sur l'embryotomie au point de vue théologique et moral. Après avoir établi sa thèse et tiré ses conclusions, cet éminent auteur s'exprime ainsi :

La question de l'embryotomie, que nous venons d'examiner ensemble, n'est pas une question isolée ; elle se rattache intimement à celle du fœticide et de l'avortement provoqué ou médical. Par suite, elle revêt un caractère plus vaste, et son importance touche aux intérêts les plus vitaux du genre humain.

Qu'on nous permette, pour expliquer notre pensée, de poser le cas que voici :

Une jeune épouse est sur le point de se voir honorée des privilèges de la maternité. La naissance d'un fils premier-né sera la joie de son foyer, et déjà parents et amis se préparent aux fêtes du baptême. Hélas ! des difficultés surviennent. Grâce à une prédilection marquée pour la céphalotribe, l'homme de l'art se persuade que là réside l'unique ressource de salut, et la pauvre mère n'enrichit le monde que d'un cadavre perforé.



Elle a enduré un martyre physique et moral; elle a voulu contempler le fruit maltraité qu'elle avait porté dans ses entrailles et formé de sa substance; tout cela laisse dans son esprit et dans son cœur une impression indélébile. "Or, ne sera-ce pas là peut-être l'issue de chaque nouvelle période intéressante? Mais alors, pourquoi attendre la dernière heure? S'il est légitime, voire même indispensable de sacrifier l'enfant à neuf mois, pourquoi aurait-il été illicite de l'éliminer à neuf semaines!..." De cette pensée à la tentation et à l'acte du fœticide et à l'avortement, pour prévenir de nouveaux périls, il n'y a qu'un pas. Ce pas ne manquera pas d'être franchi. Et comment ne le serait-il pas? Si la conscience encore peu habituée au crime soulève quelques scrupules, le même docteur est là pour lui servir de garant et la couvrir de son autorité facilement obéie. Et voilà dès lors une maternelle fécondité abouissant durant un quart de siècle, à une série non interrompue de conceptions scientifiquement avortées, dont le résultat immédiat sera l'extinction d'une famille de plus. Ajoutons que le crime, l'inconduite et la débauche ne manqueront pas de trouver trop souvent dans cette indifférence à l'endroit du fruit maternel un stimulant et un abri.

Sont-ce là des appréciations purement subjectives et nos craintes sont-elles chimériques? Nous le voudrions croire que les faits nous démentiraient. L'histoire des mœurs publiques de notre temps démontrera un jour, nous en avons la persuasion, que la propension des mères à l'avortement et au fœticide croît à proportion de la facilité des médecins à pratiquer l'embryotomie. Au surplus, l'expérience est faite. C'est principalement, on le sait, de l'autre côté de l'Océan, dans le pays de la liberté, qui est aussi celui de la licence, que les praticiens aiment, dès le moindre embarras dans la parturition, à se servir du perforateur et du céphalotribe. Or, c'est dans ces mêmes pays que le fœticide et l'avortement sont à l'ordre du jour. Cette hideuse plaie de la population cosmopolite de la République modèle, vient de nous être révélée par un acte solennel du corps médical. Epouvantés des effrayants ravages du mal, ces docteurs, après mûre délibération, se sont constitués en société protectrice de ces petits êtres d'un jour, dont dépend l'avenir du genre humain."

Mais si la craniotomie ne doit jamais être pratiquée quand l'enfant est vivant, doit-on toujours y avoir recours quand il est mort, et que l'accouchement ne peut se terminer naturellement ou avec les forceps, et l'opinion de Boyer et de Dumeril doit-elle être adoptée sans restriction quand ils disent que "Rien ne saurait justifier l'opération césarienne quand elle n'est faite que pour extraire un cadavre?"

En Angleterre, où l'opération césarienne a eu si peu de succès, on a été pendant longtemps porté à suivre cette opinion ; et le Dr Osborn a prétendu qu'avec le crochet on pouvait réussir dans les cas les plus difficiles, et quand le bassin avait un rétrécissement considérable. A l'appui de sa thèse, il a rapporté un fait où il a pu pratiquer la céphalotomie, sans résultat fatal pour la femme, quoique le bassin ne présentât que les dimensions suivantes : " En introduisant le doigt, dit-il, je sentis une tumeur de la grosseur et de la consistance d'une tête d'enfant ; c'était le sacrum qui se projetait tellement en avant que le diamètre antéro-postérieur n'avait que  $\frac{3}{4}$  de pouce. Du côté gauche de cette tumeur à l'extrémité du diamètre transverse du même côté, il n'y avait qu'un espace de  $\frac{3}{4}$  de pouce ; et au côté droit, dans sa plus grande largeur, le diamètre n'avait qu'un pouce et  $\frac{1}{4}$  ; et encore, ces espaces vides allaient-ils en se rétrécissant à mesure que l'on descendait vers le détroit inférieur."

Dewees, en commentant ce fait, dit que, ou les dimensions n'ont pas été données d'une manière correcte ou que le Dr Osborn a fait une chose impossible. Quoiqu'il en soit, l'opinion du Dr Osborn n'a pas été adoptée par les médecins anglais, même de son temps ; car Denman admet que dans certains rétrécissements extrêmes, la craniotomie serait plus nuisible qu'utile, et que la seule chance de salut laissée à la femme se trouve dans l'opération césarienne. Aujourd'hui, tous les auteurs anglais reconnaissent la nécessité de l'opération césarienne dans certains cas ; la seule différence d'opinion qui existe entre eux, se rapporte au degré de rétrécissement du bassin que chacun exige pour donner la préférence à cette opération sur la craniotomie. Le Dr Barnes soutient que l'accouchement par les voies naturelles, soit avec la céphalotribe, la pince à craniotomie ou sa nouvelle méthode d'embryotomie, est praticable dans un bassin d'un pouce avec un espoir de conserver la mère beaucoup plus grand que celui laissé par l'opération césarienne. Le Dr Lee pense qu'on ne doit recourir à la section de l'utérus que lorsque le bassin est si étroit qu'on ne peut atteindre ni le col de la matrice, ni toucher la partie de l'enfant qui se présente. Le Dr Churchill est d'opinion que lorsque le diamètre antéro-postérieur n'a pas plus d'un pouce et demi, l'on doit faire l'opération césarienne. Le Dr Rigby pense que cette opération est inévitable quand l'enfant ne peut pas être extrait par morceaux par les voies naturelles, mais il ne fixe pas le degré de rétrécissement qui peut amener cette conséquence. Le Dr Ramsbotham dit que lorsque le diamètre conjugué n'a pas plus de 1 pouce et  $\frac{3}{8}$  et

le diamètre transverse 3 pouces et  $\frac{1}{2}$ , ou lorsque le diamètre antéro-postérieur n'a pas plus de 1 pouce et  $\frac{1}{2}$  et le diamètre transverse 3 pouces, l'opération césarienne est devenue nécessaire. Scanzoni déclare que la limite adoptée en Allemagne est de 68 millimètres (2 pouces 9 lignes).

Aux États-Unis, on a généralement adopté l'opinion des auteurs anglais. Meigs enseigne que l'opération césarienne peut être justifiable ainsi que la craniotomie dans des bassins de mêmes diamètres, suivant les cas, et qu'il est impossible de fixer d'une manière invariable l'étroitesse requise pour exiger l'une ou l'autre opération. Il déclare que si le diamètre conjugué n'a pas plus d'un pouce ou un pouce et demi, l'opération césarienne est nécessaire; mais qu'il n'hésiterait pas à la recommander chez une femme qui aurait un bassin dont le diamètre serait de deux pouces ou de deux pouces et demi, si la malade était dans un danger imminent; tandis que dans un cas moins pressant, avec les mêmes diamètres, il conseillerait la craniotomie. Dewees est d'avis que lorsque le diamètre conjugué a moins de deux pouces et le diamètre transverse moins de trois pouces et demi, l'on doit donner la préférence à l'hystérotomie.

En France, quoiqu'on redoute moins l'opération césarienne qu'en Angleterre et aux États-Unis, on en est cependant arrivé aux mêmes conclusions. P. Dubois veut que la gastrotomie soit pratiquée chaque fois que le diamètre antéro-postérieur n'a pas plus de 54 millimètres (2 pouces 4 lignes). Tarnier est d'opinion qu'avec un bassin de deux pouces on peut faire la craniotomie, mais qu'avec un bassin plus étroit, l'opération césarienne doit avoir la préférence. Pour M. Pajot, la céphalotripsie est préférable à l'opération césarienne, non-seulement dans un bassin de cinq centimètres (2 pouces), mais encore dans un bassin de 27 millimètres (1 pouce 2  $\frac{1}{2}$  lignes). Ce n'est qu'au-dessous de 27 millimètres que ce professeur se déciderait à pratiquer l'hystérotomie.

Comme on le voit par ces données, tous les auteurs s'accordent à admettre que, même lorsque l'enfant est mort, la craniotomie ne saurait être pratiquée dans certains cas d'étroitesse du bassin, mais ils ne s'accordent pas sur le degré d'étroitesse. Pour moi, Messieurs, en présence de ces différences d'opinion entre des hommes aussi éminents et aussi distingués, j'éprouve quelque hésitation à me prononcer; cependant, comme il me faut choisir, je dois vous dire que je suis porté à adopter celle de Dewees, parce qu'elle me paraît s'accorder avec celle du plus grand nombre, et en même temps s'éloigner des deux extrêmes. Ceux qui ont pratiqué la craniotomie dans un bassin d'un pouce et un quart peuvent bien avoir

réussi quelquefois ; mais quand on réfléchit combien est longue et difficile l'extraction d'un fœtus mutilé dans un bassin aussi étroit, on doit demeurer convaincu que la plus grande partie des femmes ont succombé. Et si en général, la céphalotomie se termine d'une manière fatale pour la mère, ou au moins dans la moitié des cas, on doit en conclure que le plus grand nombre des cas malheureux se rencontre dans les bassins les plus étroits. D'un autre côté, avec un diamètre conjugué de deux pouces ou plus, et un diamètre transverse de 3 pouces, je n'ai aucune objection à admettre que la craniotomie offre autant de chances de salut à la femme, sinon plus, que l'opération césarienne, et qu'on doive lui donner la préférence.

Quant au temps d'élection de l'opération, tous les auteurs s'accordent à dire qu'elle doit être faite le plus tôt possible, et avant que la femme ne soit épuisée, aussitôt que le col est assez dilaté pour permettre l'introduction de la main et des instruments. Dans certains cas, il ne faudrait pas même attendre que cette dilatation soit considérable, parce qu'il peut arriver dans quelques rétrécissements du détroit supérieur, que l'orifice du col reste presque fermé, quoique les douleurs durent depuis longtemps. Alors, il suffirait que le col incomplètement ouvert, soit mené et dilatable.

Les circonstances dans lesquelles on doit pratiquer la craniotomie étant connues, il me reste à répondre à la seconde question que j'ai posée : Comment doit-on la faire ? Je n'ai pas l'intention, Messieurs, de vous décrire ici tous les instruments inventés pour cette opération, ni la manière de s'en servir ; le premier auteur de tocologie vous donnera là-dessus des renseignements aussi complets, sinon plus, que ceux que je pourrais vous présenter. Mais je désire appeler votre attention sur la valeur des différentes méthodes suivies en Angleterre et en France.

En Angleterre, on pratique la céphalotomie en ouvrant d'abord le crâne au moyen de ciseaux ou de perforateurs ; puis, après l'avoir vidé, on fait l'extraction du fœtus par le forceps, si le rétrécissement du bassin n'est pas considérable. Si le bassin est trop resserré pour que l'accouchement puisse se terminer avec le forceps, on brise les os du crâne et on les extrait par morceaux au moyen d'instruments *ad hoc*. La pince à craniotomie de Simpson paraît être l'instrument dont l'usage est le plus répandu et qui rend le plus de services.

En France, et en Allemagne paraît-il, au lieu d'avoir recours à la perforation du crâne, on se sert du céphalotribe pour le broyer et diminuer par là son volume. Quelques-uns terminent l'accouchement aussitôt que le crâne a été broyé, soit en

faisant des tractions avec l'instrument même, soit en appliquant le forceps. D'autres au contraire, et en particulier M. Pajot, conseillent de laisser la terminaison du travail à la nature. Le savant tocologiste que je viens de nommer emploie la *céphalotripsie répétée sans traction*, c'est-à-dire qu'il enlève l'instrument, puis le réapplique une seconde ou une troisième fois suivant les circonstances, mais toujours dans le sens d'un autre diamètre, de sorte qu'après quelques applications, la tête se trouve avoir été comprimée dans tous les sens et réduite à son plus petit volume. Ce monsieur laisse toujours une heure ou deux entre chaque nouvelle application de l'instrument; et il déclare avoir réussi dans des cas où le bassin était très étroit après sept ou huit applications du céphalotribe, l'accouchement se terminant par les forces seules des contractions utérines.

Au premier abord, cette méthode est certainement de nature à plaire au praticien et à la femme, parce qu'elle évite l'extraction du fœtus par morceaux, chose toujours pénible pour la sensibilité de l'un et de l'autre; cependant elle n'est pas sans danger. "Car, comme le fait remarquer Schröder, le céphalotribe ne peut s'appliquer que dans le diamètre *transverso* ou dans l'un des diamètres obliques. Mais aussitôt que le crâne est ainsi comprimé dans ce diamètre, il faut nécessairement que les autres diamètres du crâne, et par conséquent aussi celui qui se trouve dans le conjugué, éprouvent un allongement, ou si cet allongement se trouve empêché, qu'ils pressent sur l'obstacle qui s'y oppose.

Si donc l'on se sert du céphalotribe, les parties molles maternelles déjà fortement comprimées à la paroi antérieure et postérieure du bassin sont exposées de nouveau à une forte pression. Cette pression est naturellement beaucoup moins forte si le cerveau a été évacuée auparavant, et c'est pour cela que l'on doit toujours faire précéder la céphalotripsie de la perforation. L'augmentation de la pression sur les parties molles déjà meurtries se trouve évitée par la méthode anglaise. Toutefois, l'enlèvement successif des os du crâne au moyen de la pince à os, est une opération très longue, très délicate. Pourtant entre des mains habiles, elle peut se faire sans lésion pour la mère, et la pression des parties molles ne sera augmentée à aucun moment, mais au contraire diminuée continuellement à mesure que l'on enlèvera les os.... On ne peut donc contester que la méthode anglaise ne présente sur la céphalotripsie des avantages réels, quoique d'une façon générale elle soit plus difficile et plus délicate."

A ces considérations de Schroder, on peut ajouter que le

céphalotripsie répétée, telle que pratiquée par M. Pajot, laisse la femme dans de grandes souffrances pour un temps assez long, variant suivant le nombre d'applications de l'instrument; de plus, il peut arriver qu'après un broiement du crâne aussi complet, des esquilles d'os percent le cuir chevelu et pendant la descente de la tête sous la pression des contractions utérines, déchirent soit le col de l'utérus, soit le vagin. Il peut arriver aussi qu'à cause du choc nerveux que subit la femme soumise à ces opérations, les véritables tranchées disparaissent pour être remplacées par de fausses douleurs; ce qui retarde encore sa délivrance. Par la méthode anglaise, au contraire, l'accouchement se termine plus rapidement; et si le médecin a l'habileté suffisante, il pourra éviter de lacérer les parties génitales de la femme, enlevant par là une source de grand danger pour cette dernière.

Après cet examen des deux méthodes, je suis porté, Messieurs, à me prononcer en faveur de la pratique anglaise, surtout lorsque l'étroitesse du bassin est considérable, parce qu'elle me paraît plus sûre, plus expéditive et qu'elle laisse souffrir la femme moins longtemps.

Dernièrement, le Dr Barnes a imaginé une nouvelle méthode de céphalotomie, qui consiste à sectionner le crâne au moyen d'un fil de fer attaché à un serre-nœud; et il prétend par là réussir dans des bassins de la plus petite dimension. M. Pajot éprouve une certaine méfiance sur la possibilité d'application de ce procédé, méfiance qui paraît assez bien fondée, pour ne pas lui donner de prime abord la préférence sur les moyens déjà connus de faire la craniotomie, avant plus mûr examen.

---

## REVUE DES JOURNAUX.

---

### PATHOLOGIE ET CLINIQUE MÉDICALES.

---

#### Traitement de la fièvre typhoïde chez les enfants.

—Le traitement de la fièvre typhoïde chez l'enfant, diffère essentiellement du traitement qu'on institue pour un adulte. Il ne s'agit pas, si l'on veut, d'une médication active, d'un remède en particulier, mais d'une série d'indications qu'il convient de remplir. On peut les résumer dans cette phrase: soutenir les forces, calmer ou exciter le système nerveux selon les cas, réveiller les fonctions cutanées qui sommeillent.

Dès les premiers jours, l'emploi des boissons délayantes est

nettement indiqué. Il convient de prescrire de préférence, les liquides acidules parce qu'ils rafraichissent et sont plus agréables à prendre. Cela suffit au début, mais au bout des quatre ou cinq premiers jours, on peut commencer d'administrer de l'alcool. Cette substance, comme tout le monde le sait, est excitante à certaines doses; d'un autre côté, il est un fait notoire, c'est que dans les maladies hyperthermiques, elle abaisse la température et soutient les forces qui tendent à s'épuiser.

La forme sous laquelle s'administre l'alcool peut varier: l'eau-de-vie, le rhum, le vin de Malaga, etc., peuvent s'employer indifféremment, toutes conditions de doses réservées, cela s'entend.

Durant cette première période de la maladie, l'enfant, d'une manière générale, a été constipé; mais voilà que la scène change; une hypersecretion intestinale se produit, la diarrhée apparaît, le tout, s'accompagnant de coliques parfois très-violentes. Employez alors les fomentations émollientes sur le ventre, les lavements contenant deux à trois gouttes de laudanum pour un enfant de cinq à sept ans. Vous verrez, dans la plupart des cas, les douleurs abdominales s'apaiser, le météorisme diminuer après deux ou trois jours de cette pratique, quelquefois plus-tôt. Tous les trois jours, on pourra faire prendre avec avantage un petit verre d'une eau minérale laxative, non pas dans le but de purger le petit malade, mais pour nettoyer la tube digestif et faire en quelque sorte sa toilette.

On administrera tous les jours des lavements d'eau, dans lesquels on pourra mettre si l'on veut une substance antiseptique. Pour exciter la peau et la rafraichir, des lotions seront pratiquées rapidement sur tout le corps, avec de l'eau dégourdie, contenant un peu de vinaigre ordinaire, du vinaigre de Bully, etc. A ce propos, M. J. Simon fait une petite digression sur les bains froids qu'il n'admet pas dans le traitement des enfants. Il conseille néanmoins d'employer des bains tièdes, comme donnant de bons résultats sans présenter les inconvénients des immersions froides.

Le malade sera changé de lit et de chambre le matin et le soir, si toutefois le logement le permet. Le but de cette pratique est d'empêcher l'enfant de séjourner constamment dans un milieu empesté par le poison qu'il engendre. Il convient d'ajouter à cela le silence le plus absolu, une demi-obscurité et un repos qui ne sera pas troublé par des visites inopportunes. Le régime sera diététique, mais pas d'une façon absolue, le lait, le bouillon seront prescrits dans le but d'alimenter le patient.

En résumé, le traitement de la fièvre typhoïde ordinaire qui évolue sans accidents notables, consistera à soutenir directement les forces au moyen du lait, du bouillon, de l'alcool, ou indirectement en diminuant l'hypersécrétion intestinale, et à combattre le poison par le lavage du tube digestif le changement d'air, etc.

COMPLICATIONS:—1<sup>o</sup> *Accidents abdominaux*.—Quand on parle d'accidents abdominaux on a surtout en vue la superpurgation et les tranchées vives. Employez hardiment des substances absorbantes ou légèrement modificatrices. On peut faire prendre jusqu'à 10 grammes de craie dans un julep gommeux, ou bien 4 grammes de sous-nitrate de bismuth délayés dans de l'eau simple ou sucrée. On se trouvera bien de l'administration de lavements d'amidon cuit dans les quels on mettra quatre à cinq gouttes de laudanum: cette dose d'opium peut être augmentée jusqu'à tolérance du malade, mais il faut dans tous les cas une surveillance attentive. Ajoutez à cela des fomentations émollientes sur le ventre. Il pourra se faire que la diarrhée ne cède pas avant quatre ou cinq jours.

2<sup>o</sup> *Accidents thoraciques*.—Les plus fréquents sont les bronchites généralisées, les congestions pulmonaires doubles. Il faudra se garder en général d'employer des vomitifs. L'ipéca, lepolygala, le kermès, l'antimoine seront rigoureusement pros crits. Tous ces moyens n'aboutiraient qu'à déprimer les forces du malade, si toutefois ils ne le tuaient pas. Qu'on se borne à des applications de ventouses sèches en avant et en arrière de la poitrine, le matin et le soir. C'est là un moyen bien simple et pourtant bien puissant qu'on a toujours à sa disposition. Par ce procédé, on stimule la peau et l'on fait une dérivation salutaire. Insistez sur l'alcool que vous prescrirez à la dose de 20 à 30 grammes dans un julep; au besoin vous pourrez ajouter un peu d'extrait de quinquina.

Si la dyspnée augmente notablement, il faut sans hésiter, appliquer un vésicatoire volant sur la poitrine. Il sera laissé en place trois ou quatre heures, mais jamais au delà de cinq ou six. Cela suffira juste pour irriter la peau; on le remplacera par un cataplasme de fécule qui provoquera la formation de la cloche.

Ne nous privons pas d'un agent thérapeutique d'une puissance extrême, surtout chez les enfants, par la crainte de provoquer des eschares. Il est vrai que cet accident est plus facilement produit dans la fièvre typhoïde et dans les cachexies en général, mais on peut toujours le prévenir en levant le vésicatoire assez tôt.

3<sup>o</sup> *Accidents cérébraux*.—C'est là une complication sur la-



quelle on a le moins de prise. Il convient d'insister sur le chloral qui sera administré à la dose de 1 à 2 grammes. Si l'enfant présente des phénomènes d'une grande excitation, prescrivez tous les jours un lavement contenant un jaune d'œuf, 1 gramme de chloral et 1 gramme de camphre. Ce n'est qu'en dernier ressort qu'il sera donné du bromure de potassium, encore faudra-t-il se garder de l'administrer plus de deux jours de suite.

4<sup>e</sup> *Hémorrhagies.*—Les hémorrhagies intestinales liées à la fièvre typhoïde, sont rares chez les enfants; il se produit plus souvent des épistaxis rebelles. Voici, d'ailleurs un moyen, le plus souvent efficace, pour arrêter l'écoulement du sang par le nez.

On prend de l'amadou qu'on découpe en lanières, larges d'un peu moins d'un centimètre. On les introduit le plus loin possible dans les fosses nasales jusqu'à ce que cette cavité soit bien remplie. Cela fait, une dernière lanière est placée transversalement sur l'orifice des narines; il n'y a plus qu'à fixer le tout au moyen d'une petite bande qu'on serre sur la tête. Il y a quelquefois nécessité de tremper l'amadou dans une solution titrée de perchlorure de fer. Dans tous les cas, le tamponnement postérieur des fosses nasales au moyen de la soude de Belloc, doit être rigoureusement proscrit. C'est là, en effet, une manœuvre très-difficile à cause de mouvements de l'enfant; elle provoque des nausées et ne produit pas de meilleurs résultats, que le procédé dont il vient d'être question.

Lorsqu'une hémorrhagie intestinale se déclare, administrez deux gouttes de perchlorure de fer, dans un peu d'eau, toutes les heures ou toutes les deux heures. Si ce moyen ne suffit pas, donnez des boissons fraîches, faites placer des compresses froides sur le ventre. A l'intérieur, donnez de la glace qui, après avoir été râpée et mélangée à du sucre en poudre, sera généralement bien acceptée par le malade.

4<sup>e</sup> *Accidents par compression.*—Ces accidents sont constitués par les rougeurs, les eschares qui se déclarent dans les parties déclives qui supportent le poids du corps: elles se montrent d'habitude au sacrum. Il faut tâcher de les prévenir. Le moyen le plus simple consiste à faire reposer le bassin de l'enfant sur un coussin à air, rempli aux deux tiers; on lavera d'ailleurs soigneusement ces parties, avec l'infusion de feuilles de noyer, des substances astringentes en général.

Nous terminons par un coup d'œil jeté sur le traitement des formes graves de la fièvre typhoïde.

Dans les formes ataxo-dynamiques, caractérisées par un mélange de délire et de prostration, appliquez immédiatement

un vésicatoire volant à la nuque; dès qu'il sera sec, on pourra le remplacer par un autre. Par ailleurs, on utilisera les moyens indiqués précédemment contre les accidents cérébraux.

Enfin dans les cas de fièvre typhoïde adynamique, et dans les formes putrides, il faudra insister sur les toniques et les substances excitantes capables de réveiller le système nerveux.

On pourra même au besoin donner un bain frais. Quelques secondes suffisent pour provoquer une excitation remarquable, mais c'est là un moyen qui ne devra être employé qu'après s'être vainement adressé aux autres.—*Le Concours Médical.*

—

**Eczéma diabétique;** par M. le Dr DE RANTERE.—Il est de ces affections qui sortent un peu du cadre pathologique ordinaire et qui dans les hôpitaux, de même que dans la pratique civile, sont d'une grande rareté relativement à d'autres affections qui figurent à la tête des statistiques sanitaires, des tableaux de décès. La goutte vraie et l'asthme essentiel, le diabète sucré sont de ce nombre.

Je ne me propose pas de traiter de ces maladies; je n'ai en vue que de relater un fait d'observation particulière sur lequel j'ai établi une théorie et que je sou mets à la science et au jugement de mes confrères.

Parmi les complications multiples se produisant dans le cours de la glycosurie, se trouve une affection servant parfois à établir un diagnostic et rebelle au traitement: j'entends l'eczéma pudendorum et par irradiation, celui des cuisses, des aines et du bas ventre.

Dans la glycosurie, le tissu cutané et ses dépendances est extrêmement sujet à des altérations; à preuve, la sécheresse de la peau et la cataracte du cristallin, l'anthrax et les gangrènes spontanées.

Feu le professeur Trousseau, dans ses admirables leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu de Paris, disait:

“Lorsqu'il vous arrivera d'être consulté par des malades, par des femmes commençant à avancer en âge, qui se plaindront de démangeaisons vives de la vulve ou de son pourtour; lorsqu'en examinant ces régions, vous constaterez l'existence d'un eczéma, et que cet eczéma, survenu en dehors des époques menstruelles, indépendamment de tout écoulement leucorrhéique, occasionnera des douleurs telles qu'elles entraîneront la perte de sommeil, votre idée devra se porter vers la glycosurie.”

L'année dernière, j'eus à traiter à-peu-près à la même époque

deux personnes, une dame de cinquante-trois ans, et une batelière de 43 ans, toutes deux affectées de glycosurie, et d'eczéma des parties génitales. Cette dernière affection était un tourment qui primait l'affection principale et dont elles demandaient le plus instamment à être débarrassées. Tous les soirs, à heure fixe, détail à noter, cette région était le siège d'un prurit tellement violent que ces personnes, en dépit des lotions froides, des applications d'eau blanche, des cataplasmes, de solutions arsenicales, de sublimé, de nitrate d'argent, d'onguent au précipité rouge, au turbite minéral, au calomel, etc., que des praticiens divers avaient mis antérieurement en pratique, que ces personnes, dis-je, se grattaient jusqu'au sang et préféraient une douleur même aiguë à l'insupportable démangeaison.

L'eczéma, éruption vésiculeuse, d'un diagnostic facile, attendu qu'il n'y a guère moyen de la confondre avec la miliaire et l'herpès, les seules avec lesquelles une confusion serait possible, reconnaît pour cause à part la cause interne dépendant de la diathèse dartreuse) toute irritation de la peau et j'oserais dire presque sans crainte d'être contredit, l'irritation de la peau par des substances *acides*.

Ainsi chez les enfants, nous voyons tous les jours l'eczéma succéder à l'érythème des fesses, à la suite de diarrhées acides, du séjour prolongé dans des linges mouillés par l'urine; l'eczéma du menton et de la gorge à l'époque où les enfants vont faire des dents et bavent le plus; l'eczéma du cuir chevelu chez les enfants malpropres, qui ont eu la tête encroutée; l'eczéma encore existe de préférence aux endroits où la sueur peut s'accumuler: sous les seins et dans les aines chez les personnes trop fortes ou qui ne se donnent pas des soins de propreté suffisants; derrière les oreilles chez les enfants, dans le pli génito-crural et anal chez les adultes et même le pli du jarret.

Dans le diabète, l'urine conserve sa réaction acide en dépit des sels qu'elle renferme et dont la proportion, d'après les recherches de Thierfelder et Uhle, est notablement accrue (sulfates 4 et 5 gr. au lieu de 2 gr.; chlorures en moyenne 11 gr., mais pouvant aller jusqu'à 36 gr. en 24 heures). Jaccoud dit qu'après l'émission, il y a formation dans l'urine d'acide lactique, butyrique, acétique et formique qui viennent corroborer l'acidité primitive. D'autre part encore, la glycose, substance éminemment fermentescible, soit, qu'elle-même agisse comme ferment, soit que des spores de l'atmosphère ou des globules de ferment se produisant dans l'urine même se chargent de ce rôle, une fermentation se produit dont le résultat

stat, acide carbonique et alcool, n'est pas tout-à-fait propre à adoucir la peau sollicitée déjà à s'enflammer.

Dans cette occurrence, le seul traitement rationnel devait consister : 1<sup>o</sup> à faire des lotions à *grande eau*, chaque fois que la personne aurait uriné ; et ce, à l'effet de prévenir une cause déterminant et entretenant l'affection.

2<sup>o</sup> A trouver un médicament propre à saturer sur place les acides qui se produisent et enrayant d'autre part la fermentation.

A cet effet, je prescrivis la pommade suivante, d'une simplicité toute primitive, mais dont l'efficacité me semblait prévue par le raisonnement.

Axung. procin, recent.....	}	aa ̄ ss
Olei amygdal. cois.....		
Boratis sodæ.....		grs 45
Picis liquid.....		5 ss
M. f. ung.....		

Le borax, sel *alcalin*, devait prévenir la fermentation ;— nous savons en effet que les spores ou ferments se trouvent mal de son atmosphère (*oïdium albicans* par exemple) ;— et d'autre part, saturer les acides qui auraient pu se produire, et rendre nulle par là, leur action irritante.

D'autre part, le goudron est à la fois antiseptique et adoucissant ; partant de la même idée, le docteur Mayer d'Anvers a donné la créosote de hêtre en pommade de 1/16 et a également obtenu la sédation du prurit.

Je revins quelques jours après avoir fait cette prescription revoir une de mes malades, qui à ma première demande répondit qu'elle n'allait nullement mieux. A force de questions et d'instances, je parvins à tirer d'elle cet aveu : " qu'ayant déjà employé tout ce qu'on pouvait imaginer, elle n'avait pas cru à l'efficacité de mon médicament et avait négligé de le faire préparer. Dieu sait, ajoutait-elle, combien cette pommade serait précieuse, car avec ses lotions arsénicales elle avait déjà tant souffert sans qu'il en fut résulté la moindre amélioration.

Relevons en passant cette idée encore enracinée dans le cerveau de nos clients : Que l'action curative d'un médicament est en raison directe de l'intensité des symptômes subjectifs éprouvés par son administration.

En dépit des mauvaises pensées de ma cliente, je tins bon ; le traitement se fit et au bout de dix-sept jours, l'affection avait entièrement cédé.

Quant à l'autre sujet de cette observation, batelière de pro-

fession, celle-là fut plus docile, le traitement commença d'emblée, mais dura un mois avant d'amener une guérison parfaite.

J'ai vu et revu ces deux personnes, et je peux affirmer que c'est uniquement au traitement tel que je l'ai institué que la guérison doit être attribuée.

Les docteurs Gueneau de Mussy et Delieux de Savignac ont également employé le borax à l'extérieur conjointement avec l'eau de laurier cerise, mais il n'ont obtenu que la sédation du prurit, ce qu'ils attribuent à la formation de cyanure de sodium.

En résumé, je crois, en présence de l'effet que j'ai obtenu, que le même résultat se reproduirait dans tous les cas analogues; j'invite mes confrères à essayer la pommade dont j'ai donné la formule et je suis sûr que de nouvelles applications ne pourraient manquer de produire de nouvelles guérisons.—(*Annales de Méd. d'Anvers*).—*Le Scalpel*.

**Anévrysme de l'aorte et tuberculose. De quelques hémoptysies. Traitement de l'asthme, quelle que soit sa cause, par l'iode de potassium (suivant la méthode du Professeur G. Sée.)**—On admet généralement que l'anévrysme de l'aorte ne se complique guère de désordres pulmonaires; M. le professeur G. Sée a cependant observé trois cas d'anévrysmes aortiques où il en a été autrement: Une sage femme, entrée il y a huit jours à l'Hôtel-Dieu pour un anévrysme aortique et qui avait déjà été soignée dans d'autres hôpitaux, présentait un teint cachectique peu en rapport avec la lésion dont elle était atteinte. Il semble, en effet, que l'anévrysme ne puisse déterminer de dyspnée que par suite de la compression du récurrent ou du tronc du pneumo-gastrique. Or, il n'y avait, chez cette malade, ni altération de la voix, ni paralysie des cordes vocales, et cependant la face était très-pâle et la dyspnée intense. Pour se rendre compte de ces phénomènes insolites, M. Sée examina attentivement la poitrine de cette femme, et fut tout surpris de trouver des signes de ramollissement pulmonaire du côté gauche. Cette malade succomba peu de jours après, à la rupture de l'anévrysme qui s'était ouvert dans la bronche gauche. A l'autopsie, on trouva, outre l'anévrysme, dans le sommet du poumon gauche, une sorte de pneumonie chronique suppurée.

M. Sée se rappelle deux autres faits analogues qu'il a observés en ville: 1. Un marquis méridional, âgé de 40 ans, se sentant oppressé, consulte son médecin qui lui donne quelques conseils:

contre l'asthme. Le mal faisant des progrès, il va consulter un médecin de Montpellier, qui lui déclare qu'il a un anévrysme de l'aorte. C'est alors qu'il se décide à venir à Paris. A ce moment, c'est à peine s'il pouvait marcher, le plus léger mouvement amenait une grande oppression; de plus, le sommeil était impossible. Sous l'influence du traitement par l'iode de potassium et des pilules de morphine, dont nous parlerons tout à l'heure, la situation de ce malade s'améliora beaucoup, il put dormir toute la nuit et faire des marches d'une demi-heure sans trop éprouver de malaise. M. Sée a, du reste, réussi plusieurs fois à faire vivre des malades pendant 10, 12 et même 15 ans, bien qu'ils fussent atteints d'anévrysmes de l'aorte; l'iode de potassium n'agit pas directement pour guérir l'anévrysme, mais pour en diminuer le symptôme le plus pénible, la dyspnée.

Ce malade allait de mieux en mieux, lorsqu'un jour l'amélioration vint à cesser; cependant le malade n'avait ni toussé, ni maigri; l'auscultation révéla un foyer de pneumonie casécuse au sommet du poumon droit.

2<sup>o</sup> Il y a quatre ou cinq mois, on amena au professeur G. Sée une vieille femme très oppressée et toussant beaucoup, elle était atteinte d'anévrysme de l'aorte: le traitement ordinaire l'améliora, mais peu après des signes de tuberculose très nette se manifestaient dans le poumon droit.

Déjà de semblables faits ont été publiés par MM. Hanot et Ducastel: il s'agissait, dans les deux cas rapportés par ces derniers, de pneumonie casécuse coïncidant avec un anévrysme aortique.

Les anévrysmes de l'aorte donnent souvent lieu à des *hémoptysies répétées*, il en est de même de certaines affections valvulaires du cœur. Ainsi, cette sage-femme dont nous parlons plus haut et qui a succombé à une hémorrhagie foudroyante, avait déjà eu, il y a cinq ou six ans, de petites hémoptysies qui avaient nécessité son entrée à l'hôpital de la Charité. M. Sée observe en ce moment un jeune homme qui n'a qu'un léger bruit de souffle à la pointe du cœur, il est atteint d'une affection mitrale dont tous les autres signes sont latents; le seul qui se soit manifesté c'est l'hémoptysie. Aussi, quand on se trouve en face d'un hémoptoïque, homme ou femme, il y a, comme dans l'Ecclesiaste, trois choses à chercher, et de plus une quatrième: 1<sup>o</sup> examiner les poumons avec assez de soin, pour ne rien laisser à glaner après soi; 2<sup>o</sup> interroger l'aorte; quand elle est anévrysmatique, elle peut laisser filtrer le sang, c'est le "*stillicidium sanguinis*" ou la *diapédèse* d'Erasistrate; 3<sup>o</sup> ausculter le cœur. Lorsqu'on n'aura rien trouvé dans ces

organes, alors on pourra croire à la quatrième cause, savoir: à une hémorrhagie essentielle si c'est un homme, ou peut-être à une déviation des menstrues si c'est une femme.

Voici maintenant la formule du *traitement de l'asthme* suivant la méthode du professeur G. Sée: On administre l'iodure de potassium à la dose de 1 gr. 50 par jour, tantôt seul, tantôt additionné de 5 à 10 centigrammes d'extrait gommeux d'opium. Quand l'oppression est considérable, il faut donner 1 à 2 grammes de chloral le soir pour faciliter le sommeil.

Chez le malade atteint d'anévrysme dont nous avons parlé plus haut, la dose d'iodure de potassium fut portée à 7 grammes par jour et parfaitement tolérée grâce à la morphine.

D'ordinaire, les doses d'iodure de potassium sont augmentées graduellement de 1 gr. 50 à 2 et même 3 grammes par jour, pris au moment du repas afin de ne pas fatiguer l'estomac. M. Sée a remarqué que les symptômes d'iodisme, lorsqu'ils se produisent, sont provoqués aussi bien et mieux encore par de petites doses que par de hautes doses du médicament, si bien qu'il lui est arrivé de faire cesser les premiers symptômes d'iodisme en doublant la dose d'iodure de potassium.

Au bout de quelques heures après l'administration de l'iodure de potassium, la dyspnée et l'oppression diminuent; les grands accès sont généralement arrêtés au bout de 24 à 48 heures; et, en continuant l'emploi de ce médicament, la maladie est parfois définitivement enrayée. Si l'on donne l'iodure quelques heures avant l'accès prévu, celui-ci n'a pas lieu; si l'accès est déjà commencé, l'iodure peut en abrégier la durée et l'intensité.

C'est en délayant les mucosités bronchiques dont la sécheresse rend pénibles les accès de dyspnée, qu'agit l'iodure de potassium; il fait disparaître les râles secs et sibilants du début et, sous l'influence de la prolongation du médicament, l'emphysème récent disparaît.

Quelle que soit la variété d'asthme nerveux ou catarrhal, l'effet est le même; pour maintenir les effets heureux ainsi obtenus, il est nécessaire de prolonger l'usage de l'iodure de potassium pendant des mois et des années.—*La Praticien*

—

**Traitement hygiénique des calculs biliaires, par BOUCHARDAT.**—1° S'abstenir de pain, de graines, d'œufs, d'aliments azotés en excès, d'oseille, de tomates, de liqueurs fortes, de poissons, de crustacés, de coquillages, de fromages avancés; remplacer le pain par des pommes de terre; manger les

légumes ordinaires, les herbes qui renferment de la potasse, préférable ici à la soude. Faire de la médication alcaline indirecte sous la forme de malates, citrates, tels qu'ils sont contenus dans les fruits; fruits oléagineux en quantité modérée; vin rouge léger, étendu d'eau.

2<sup>o</sup> Entretenir la liberté du ventre en prenant au réveil depuis une cuillerée à café jusqu'à une cuillerée à bouche de tartrate de potasse et de soude et de sulfate de soude, parties égales, dans un verre de macération de racine de réglisse, de limonade ou d'orangeade fortement sucrée.

3<sup>o</sup> Exercice modéré.

4<sup>o</sup> Activer les fonctions de la peau par des lavages, frictions fréquentes et massages avec la main enduite de quelques gouttes d'huile parfumée. Chaque semaine un à trois bains avec:

Carbonate de potasse.....	℥ iij
Essence de lavande .....	℥ ss
Teinture de benjoin, vanille.....	℥ i

suivis de longues frictions et massage.

5<sup>o</sup> a. Dans un but d'expulsion, matin et soir 1 à 3 perles d'essences de térébenthine et 1 à 2 perles d'éther. On peut les prendre aux repas, préférablement entre.

b. Pour empêcher la formation des calculs, pendant dix jours, matin et soir, avant chaque repas, une pilule de 0,1 décigr. de tartrate de potasse et de lithine: pendant dix autres jours, matin et soir, une cuillerée à bouche de:

Sirop des cinq racines apéritives.....	℥ xij
Acétate de potasse.....	℥ v

Pendant dix autres jours, un litre d'eau chaque jour contenant 10 gr. de tartrate de potasse et de soude.

Au printemps, le matin au réveil, pendant un mois, 120 gr. de sucs d'herbes (laitue, chicorée, pissenlit, parties égales), plus 5 gr. d'acétate de potasse.

c. Saison à Pougues, Vals, Vichy. (*Bulletin de thérapeutique.*)  
—Lyon Médical.

**Congestion du foie dans les affections cardiaques.**  
—Il arrive assez souvent qu'on ne tient pas un compte suffisant de l'état de congestion du foie dans les affections cardiaques, car il y a là dans certains cas une indication théra-



peutique importante à laquelle on peut répondre avec efficacité. Il y a du reste à cet égard des différences extrêmement notables suivant les malades. Ainsi que l'a déjà fait remarquer M. Rendu dans l'article important qu'il a publié dans le *Dictionnaire encyclopédique*, ce qui doit être bien mis en relief au sujet de la congestion du foie liée aux maladies de cœur, c'est qu'elle n'est pas en corrélation nécessaire avec le degré apparent des lésions cardiaques, bien que les phénomènes mécaniques y prennent la plus grande part. Certains malades conservent pendant des années un rétrécissement mitral et même une insuffisance, sans présenter d'autres complications hépatiques que des poussées d'hypérémie passagère; à d'autres au contraire ont dès le début un gros foie et de l'ascite, avant même que l'on puisse constater le moindre œdème des jambes, à ce point de vue, il y a pour ainsi dire autant de variétés dans le tableau des accidents morbides qu'il y a de malades, sans que la raison de ces variations paraisse suffisamment connue. On peut se demander s'il n'y a pas là une prédisposition due soit à des accidents morbides héréditaires, soit à une influence diathésique. A coup sûr, cela est vrai pour les alcooliques atteints de maladies de cœur; presque toujours les accidents hépatiques sont chez eux prédominants. Mais cela se voit également pour des malades nullement entachés d'alcoolisme et alors il est possible comme le croit M. Jules Simon que le tempérament bilieux, la goutte, la gravelle soient les circonstances déterminantes de la localisation hépatique congestive.

Quelle que soit d'ailleurs cette raison, la congestion hépatique d'origine cardiaque doit être l'objet d'une attention particulière ainsi que le démontre le cas d'un malade du service de M. Rendu. Cet homme, âgé d'une cinquantaine d'années et atteint d'une insuffisance mitrale, est déjà entré cinq ou six fois à l'hôpital pour des attaques d'asystolie plus ou moins violentes et on a toujours constaté chez lui une congestion considérable du foie. Dans les premières atteintes, on se contentait de combattre les phénomènes d'asystolie par les moyens usuels tels que la digitale, les diurétiques, les drastiques, etc., mais les accidents ne diminuaient que très lentement, et le foie en particulier conservait longtemps sa dilatation anormale. Frappé de ce fait, M. Rendu dans les attaques ultérieures, chercha à agir directement sur cet organe et dans ce but fit appliquer dans la région hépatique cinq ou six ventouses scarifiées. Sous cette influence le foie diminua rapidement de volume et en même temps le cœur reprenait bientôt son fonctionnement normal, la dyspnée disparaissait ainsi que tous les autres

symptômes d'asystolie. On peut donc admettre que dans des cas semblables les choses se passent comme si le malade se trouvait dans une sorte de cercle vicieux : le cœur venant à se troubler sous une influence quelconque, la circulation hépatique chez certains malades par une des raisons énumérées plus haut est très rapidement entravée, et devient l'obstacle principal au rétablissement du fonctionnement régulier du cœur; si, par conséquent, on parvient par des moyens assez prompts à décongestionner le foie, on arrive plus sûrement que par tout autre procédé à faciliter l'action du cœur. Or cette indication peut être remplie par l'emploi des ventouses scarifiées ainsi que cela a été fait avec succès dans l'exemple rapporté ici, exemple qui montre en même temps la nécessité de rechercher l'état de la circulation du foie dans les affections cardiaques.—*Journal de Médecine et de Chirurgie.*

---

**Le croup.**—Parmi les maladies que l'hiver rend plus fréquentes nous devons citer le croup, l'effroi des mères, et qui tant de fois, a plongé les familles dans le deuil. A cette occasion nous ne pouvons oublier d'entretenir nos lecteurs des admirables effets que nous avons obtenus dans le traitement de cette maladie par le *sulfate de cuivre*. Quelques auteurs avant nous ont désigné cette substance comme très-efficace dans ce cas, mais il semble que les praticiens ne se sont pas assez rendu compte du remède puissant qu'ils avaient dans les mains, aujourd'hui encore il se trouve rarement employé. La plupart n'ont vu dans le *sulfate de cuivre* qu'un émétique plus ou moins bon et facile à remplacer par tout autre de l'espèce. Le sulfate de cuivre est un émétique, c'est vrai; mais ce qui en fait un remède complet contre le croup, c'est qu'il est parasiticide, excellent contre les végétaux inférieurs. Les cultivateurs qui l'emploient en mélange avec leurs semailles, pour empêcher la formation des blés noirs, à la moisson prochaine, sont les premiers qui peuvent prouver cette propriété incontestable de ce sel.

Des expériences nombreuses ont d'ailleurs été faites pour constater cette vertu, et tout le monde est d'accord sur ce point. Or si nous considérons que le croup, avec tous ses étouffements et sa quasi strangulation, n'est que le résultat du développement de fausses membranes végétatives qui obstruent les voies de la respiration, il devient qu'on ne peut trouver un meilleur remède que le sulfate de cuivre pour les épulser par ses vertus vomitives et pour empêcher leur reproduction comme parasiticide.

Nous avons eu l'occasion de faire de nombreuses expériences dans ce sens, et pas une n'a trompé nos espérances. Nous avons même eu dans les mains des enfants abandonnés par leur médecin, qui jugeait inutile de prescrire un médicament quelconque, tant l'heure de la mort paraissait prochaine, eh bien, tous ces moribonds revenaient doucement à la vie par l'emploi d'une potion au sulfate de cuivre. Ces cures miraculeuses nous ont même valu des ennemis mortels de la part de confrères aussi incapables que peu généreux ; mais là n'est pas la question.

Une précaution utile à observer dans l'emploi de cet agent si efficace, est de l'ordonner à dose suffisante, sans craindre l'empoisonnement ; des enfants de deux ans en ont absorbé plus d'un gramme dans les 24 heures, et rien n'a dénoncé chez eux que cela eût produit des effets toxiques. Voici, pour notre part, la potion que nous ordonnons, à prendre une cuillerée à café tous les 10 minutes jusqu'à vomissement ; une fois ce résultat obtenu une cuillerée toutes les heures, puis toutes les deux heures :

Eau.....	.....	̄ ij
Sulfate de cuivre.....	.....	grs viij

Si l'administration en est facile, il est très-avantageux de faire boire au malade par petite portion une infusion de camomille sauvage à intervalles égaux qui peuvent varier d'une demi-heure à une heure,

Nous osons prédire au praticien qui emploiera ce traitement un succès complet, quelle que soit la gravité du cas, car nous avons pratiquement et théoriquement la preuve du résultat que nous annonçons. Et certes, bien rares sont les cas où le médecin a la bonne chance de pouvoir s'expliquer le pourquoi de l'effet d'un remède.

Notre conclusion est donc que le sulfate de cuivre est le remède le plus rationnel pour guérir le croup.—L. THIBOX.—  
*La Lancette Belge.*

**Traitement de l'érysipèle.**—Le Dr BLEYNE communique à la Société de la Haute-Vienne d'intéressantes observations pratiques sur ce sujet. “ Depuis longtemps, dit-il, j'emploie le sulfate de quinine dans la cure de l'érysipèle.

“ La plupart des érysipèles que j'ai observés siégeaient à la face ou au cuir chevelu. Tous étaient fébriles sans traumatisme apparent.

“Dans tous les cas, que le sulfate de quinine ait été administré dès le début ou seulement dans le cours du développement de la maladie, dès les premières vingt-quatre heures, amélioration, ralentissement du pouls, diminution de la rougeur et du gonflement, guérison progressive et rapide, succès constant.

J'ai observé quelquefois, chez des herpétiques, des érysipèles revenant tous les deux ou trois mois, quelquefois tous les mois, et cela pendant des années.

“L'arséniate de soude, à petite dose, 1 milligramme par jour, pendant un an, dix-huit mois au besoin, avec des intermittences du tiers ou de la moitié du temps dans son administration, débarrasse généralement les malades de ces ennuyeuses récidives.”—*Revue de Thérapeutique Médico-Chirurgicale.*

**Traitement de la coqueluche par les inhalations d'essence de térébenthine.**—M. le docteur Baréty (de Nice) rapporte, dans l'*Union médicale*, qu'il y a quatre ans environ il eut à soigner, dans une même famille, trois enfants atteints de coqueluche. Il les traite par les moyens ordinaires, vomitifs, extraits de belladone, sirop de codéine, etc., mais sans résultat bien appréciable, lorsqu'en pleine période spasmodique de la maladie il eut l'occasion de faire une remarque extrêmement intéressante.

L'un des enfants, celui précisément qui était le plus violemment atteint, fut, par hasard, installé pour y dormir dans une chambre dont les boiseries avaient été récemment peintes et laissaient exhaler une forte odeur d'essence de térébenthine. Or, il arriva que, dès ce moment, les quintes devinrent beaucoup moins intenses et fatigantes, et que la maladie eut une durée bien moindre que chez les autres enfants.

Ce fait l'avait vivement frappé, et il ne doutait guère que cette amélioration rapide en fût imputable à l'essence de térébenthine qui, se dégageant de la nouvelle peinture, imprégnait l'atmosphère de la chambre et était respirée par le jeune malade. Aussi il se proposa d'employer à l'avenir les inhalations d'essence de térébenthine. C'est ce qu'il eut l'occasion de faire plusieurs fois et avec succès.

Voici comment il procède :

Il verse dans deux assiettes creuses de l'essence de térébenthine de manière à les remplir à moitié. Il place une des assiettes sous le lit et l'autre dans un coin de la chambre.

Les enfants ou l'enfant dorment dans cette chambre toute

imprégnée des vapeurs de l'essence de térébenthine, et y passent une partie de la journée.

L'essence est renouvelée toutes les fois qu'il est nécessaire. L'air est entièrement renouvelé dans la chambre une ou deux fois par jour.

Les quintes s'atténuent rapidement, la maladie prend un caractère de grande bénignité et ne dure guère qu'un mois en moyenne.—*Journal de Médecine et de Chirurgie.—Le Praticien.*

—

**Applications des vésicatoires dans le cours de la variole.**—L'application des vésicatoires dans le cours de la variole pourrait être un sujet d'embarras pour le praticien, si l'on songe d'une part à la susceptibilité extrême de la peau chez les varioleux et d'autre part à ce fait qu'il y a chez eux un certain degré de néphrite que l'action de la cantharidine serait susceptible d'aggraver. Il est cependant important d'être fixé sur ce point, non étudié jusqu'ici, la broncho-pneumonie se montant assez souvent à titre de complication de la variole. Aussi le fait suivant qui semble démontrer l'innocuité de ce moyen thérapeutique présente-t-il un certain intérêt pratique. Nous en devons la relation à l'obligeance de M. Josias, interne du service de M. Rendu: un jeune homme de dix-huit ans, non vacciné, était entré à l'hôpital le premier jour d'une éruption variolique, très abondante d'abord et qui ne tarda pas à devenir confluyente. La prostration était extrême, la température très élevée, et les pustules pré-sentaient même au niveau des jambes une tendance hémorrhagique. Le quatrième jour de l'éruption, les urines contenaient de l'albumine en quantité notable, albuminurie qui disparut, puis reparut quelques jours après. Enfin, le septième jour, le malade présenta une vive oppression, et l'auscultation permit de reconnaître au niveau du tiers inférieur du poumon droit un souffle tubaire accompagné de râles crepitants et de matité. Cet état ayant persisté, M. Rendu fit appliquer au bout de trois jours un vésicatoire à la base de la poitrine, malgré l'abondance de l'éruption et l'existence d'une certaine quantité d'albumine dans les urines. Il y eut consécutivement une certaine amélioration dans l'état local, mais la toux fréquente, l'expectoration et la présence d'une grande quantité de râles souscrépittants au même niveau déterminèrent bientôt l'application d'un nouveau vésicatoire au bout de quelques jours. Enfin un troisième vésicatoire, nécessité par la persistance d'un certain nombre de symptômes pulmonaires, fut suivi d'une

amélioration complète et le malade ne tarda pas à guérir de sa broncho-pneumonie et de la variole. A ce moment les urines ne contenaient plus de traces d'albumine.

On voit, donc en résumé, qu'il s'agit d'un malade atteint d'une variole grave qui s'est compliquée d'une broncho-pneumonie droite à marche rapide et menaçante et que malgré les raisons qui pourraient faire redouter cette médication, trois vésicatoires ont été successivement appliqués sans qu'ils aient déterminé aucun accident; en effet l'albuminurie qui existait préalablement n'a été nullement modifiée dans sa marche et du côté de la peau, il ne s'est rien produit d'anormal. Il est donc permis de conclure de cette observation, autant du moins qu'on peut le faire d'un seul fait, qu'on ne doit pas craindre d'utiliser les vésicatoires lorsque leur action paraît nécessaire dans des cas semblables.

---

**Néphrite consécutive au cancer utérin etc.**—On peut mourir de plus d'une façon à la suite du cancer utérin: nous avons eu quelque temps dans notre service une malheureuse femme qui, avant de succomber, vomissait continuellement, à tel point, que ma première pensée fut qu'elle devait être atteinte de péritonite par perforation. Mais la vie se prolongeant, et les vomissements persistant, je dus renoncer à cette opinion et supposer qu'il s'agissait d'une néphrite. L'utérus est, en rapport avec la vessie et avec les uretères qui cheminent le long des côtés du col utérin pour se rendre à la vessie, de telle sorte qu'il n'est pas rare de voir le cancer utérin se communiquer à ces conduits. A un moment donné, il y a rétrécissement des uretères, dilatation de la portion située au-dessus du point rétréci, ainsi que des calices et des bassinets, et néphrite ascendante; c'est par un mécanisme analogue que chez l'homme on voit des néphrites succéder à des rétrécissements de l'urètre.

Dans ces cas-là les femmes atteintes de cancer utérin succombent aussi souvent par les reins que par le péritoine; c'est ce qui est arrivé à la malade de notre service. Comme elle perdait ses urines involontairement, nous n'avons pas pu y rechercher l'albumine qui sans doute devait y exister en grande quantité. Les reins, en effet, sont très-altérés, ils sont blancs et hypertrophiés.

En réalité, on ne meurt pas directement par l'utérus, et le cancer de cet organe ne peut guère, par lui-même, amener une crise fatale, sauf en cas d'hémorrhagie; mais il finit par déterminer des accidents mortels dus à la septicémie, à la périto-

nite, ou à des désordres du côté des reins ou du foie qui devient gras comme chez les phthisiques, les blessés ou les brûlés qui suppurent longtemps.

Une vieille femme de 83 ans vient aussi de succomber aux brûlures qu'elle avait reçues; vers la fin, elle est tombée dans cette adynamie propre aux brûlés et aux gens âgés. On sait avec quelle fréquence le rein est pris dans ces conditions, et alors la moindre blessure peut être mortelle. Ajoutons que le rein senile ne donne pas toujours naissance à l'albuminurie. Lorsque les brûlures sont étendues, elles sont presque toujours mortelles; mais la mort peut avoir lieu suivant les cas, soit de bonne heure, soit, au contraire, tardivement. Mais ce qu'il y a de certain, c'est qu'on ne succombe que lorsque des organes essentiels à la vie sont atteints à leur tour. A l'autopsie d'un individu qui avait été brûlé au milieu de l'état de santé le plus florissant, et chez lequel on ne pouvait, par conséquent, supposer aucune lésion antécédante, nous trouvâmes le foie gras comme s'il s'était agi d'un phthisique. Les brûlures de cet homme avaient suppuré, or toute suppuration prolongée détermine l'état graisseux du foie. Voici un brûlé qui échappe aux accidents viscéraux immédiats, aux congestions du poumon, de l'encéphale ou de l'intestin; au moment de la chute des eschares, il échappe encore à la cutite qui se développe autour d'elles pour en faciliter l'élimination; on le croit sauvé. Mais, à un moment donné, il pâlit un peu, il se déclare un certain degré de bouffissure de la face; ces symptômes se montrent vers le deuxième ou troisième mois; le malade qui avait commencé à manger refuse sa nourriture: il est pris de diarrhée s'affaiblit et succombe à une dégénérescence graisseuse du foie.

C'est probablement la marche que va suivre la malade qui est entrée ici avec des brûlures multiples, presque tout le membre droit est brûlé. Il y a quelques jours que les eschares commencent à se détacher. Il n'a pas succombé au début, car ses brûlures ne s'étendaient à peine que sur la dixième ou la huitième partie de la surface cutanée. Mais une brûlure profonde siégeait au voisinage de l'articulation du genou et j'ai craignais le développement d'une arthrite qui aurait pu prendre des proportions formidables. Heureusement le thermomètre nous a rassuré à cet égard, l'articulation n'a pas été ouverte à la chute de l'eschare, la température qui était de 39° à 38° au commencement est descendue au niveau normal. Mais au début j'ai été fortement enclin à faire l'amputation de la cuisse. Notre brûlé a déjà échappé aux accidents primitifs; à ceux de la chute des eschares, à une arthrite purulente du

genou qui aurait pu se produire ; eh bien, il est probable qu'il va succomber à la suppuration. Ce matin, en effet, j'ai trouvé chez lui une eschare au sacrum et un peu d'œdème sur l'autre membre atteint n'ayant naturellement rien de caractéristique et pouvant être rapporté à une autre cause. Peu à peu cet infortuné enflera jusqu'à la ceinture.

Or, en ce qui concerne l'œdème, j'en suis à me demander si l'œdème anémique existe réellement ; toutes les fois que je constate sa présence, je m'adresse, pour en trouver la cause, au cœur, aux reins ou au foie. Plus on avance, plus le champ des œdèmes essentiels va en se restreignant. Une fois, pendant 24 heures, j'ai failli croire à l'œdème idiopathique : on m'amène un enfant atteint de périostite, chez lequel tout d'un coup se déclare un œdème considérable : je crois trouver de l'albumine dans les urines, et je n'en trouve pas. Mais le lendemain l'enfant urinait du sang, il avait une néphrite interstitielle, et à partir de ce moment l'albumine existait à flot dans les urines, l'œdème en avait précédé l'apparition.

Chez les gens atteints de stéatose du foie, les plaies ne guérissent pas, elles suppurent indéfiniment, de telle sorte qu'il se fait entre elles et le parenchyme hépatique un véritable échange de mauvais procédés. Le blessé ne guérit pas, car son foie est malade, et la blessure, à son tour, engendre l'altération hépatique. Aussi, toute personne atteinte de stéatose du foie ne doit-elle ni se blesser, ni surtout se brûler, c'est infiniment plus grave chez elle que chez toute autre. Dernièrement, nous recevions ici une femme de 47 ans, atteinte depuis longtemps d'un ulcère de la jambe avec dilatations variqueuses sur le ventre. Cette femme s'était brûlée légèrement, en somme, mais, à cause de l'état de son foie, dû lui-même à son ulcère ancien, la brûlure ne tarda pas à prendre un aspect lamentable, et cette malade succomba en huit jours à un accident qui eût été presque insignifiant s'il s'était produit sur un autre terrain.

— *Le Praticien.*

**Influence de la réfrigération sur l'hématose, par SPECK.**—Dès 1859, l'auteur établissait que des bains de 20° à 23° cent, et de 7 à 12 minutes produisaient d'abord une élévation de température dans la cavité buccale, mais de peu de durée, suivie d'un abaissement persistant ; c'est 15 à 35 minutes après le bain que la température atteint son chiffre le plus bas. Suivant la longueur et la température du bain, l'on peut avoir un refroidissement de 0°,60 à 1°,61 ; mais un bain froid peut-il augmenter véritablement les combustions organiques,



provoquer une élévation de la température ? D'expériences faites sur lui-même, dans des conditions aussi semblables que possible, l'auteur dit non. Le bain froid n'a ni augmenté la quantité d'acide carbonique éliminé, ni celle d'oxygène absorbé, soit immédiatement après le bain, l'expérimentateur étant encore mouillé et nu, soit plus ou moins longtemps après le bain. *La réfrigération est sans influence à l'état physiologique sur les processus d'oxydation ; ni elle ne les augmente, ni elle ne les diminue.* La seule action produite est l'abaissement de la température. Et d'après Sénator, l'élévation initiale de la température est la conséquence de la suppression de la circulation périphérique par suite de la rétraction de la peau, le sang ne vient plus même se refroidir dans le réseau cutané, la cause du refroidissement normal est même supprimée, et si le refroidissement se prolonge et augmente après le bain, c'est qu'alors le sang envahit à plein canal les vaisseaux cutanés.—(*Centraltb. f. d. med. Wissensch.—Lyon Médical.*)

—

**Un cas d'empoisonnement aigu par le chlorate de potasse.**—Il s'agit d'un homme de 67 ans qui, pour se purger, avait absorbé en deux fois, dissous dans de l'eau chaude, 35 grammes environ de chlorate de potasse. Ce médicament lui avait été délivré par erreur au lieu et place d'une même dose de sulfate de magnésie qui lui avait été ordonnée.

La mort est survenue sept heures et demie après l'ingestion du chlorate de potasse. Elle avait été précédée des symptômes suivants : vomissements verts, coliques et diarrhée, affaiblissement général, rigidité des membres inférieurs et asphyxie. Après la mort, la peau des régions dorsale et lombaire présentait une teinte ardoisée.

On sait du reste que les sels de potasse sont du poison agissant sur le système musculaire et en particulier sur le cœur. C'est ainsi que le sulfate de potasse est dix fois plus toxique que le sulfate de soude et que les empoisonnements peuvent avoir lieu avec le chlorure de potassium, tandis que le chlorure de sodium ou sel marin est inoffensif.—(*Marseille médical.—Le Praticien.*)

—

**Diarrhée des enfants ; nécessité de continuer le traitement jusqu'à complète guérison.**—Ce que l'on ne sait pas assez, c'est que le traitement infantile doit être continué avec persévérance jusqu'à guérison parfaite. On peut dire

qu'il en est du catarrhe intestinal ainsi que de la blennorrhagie. Quand cette dernière est négligée, elle s'éternise des mois, un ou deux ans. De là la nécessité d'employer les balsamiques d'une manière soutenue, jusqu'à suspension de toute trace d'écoulement. On doit, en bonne pratique, agir de la sorte chez les enfants atteints de diarrhée, et ne suspendre leur traitement que lorsque les fonctions gastro-intestinales sont parfaitement rétablies.

La thérapeutique consiste dans l'emploi du bismuth et du laudanum, dernier médicament sans lequel il est bien difficile d'obtenir la guérison de la diarrhée infantile. On peut formuler ainsi qu'il suit une potion qui doit être administrée par cuillerées dans les 24 heures :

Bismuth .....	4 grammes
Laudanum de Syd.....	2 gouttes
Julep gommeux.....	125 grammes

Administrer, matin et soir, un lavement d'amidon cuit, au moyen d'une seringue en étain.

Repos au lit. Alimentation liquide (lait, panades).

Ce traitement doit être continué au moins huit jours. Alors seulement diminuer les doses, sauf à revenir à la même médication à la première alerte. Traiter à fond l'affection, afin de se mettre à l'abri de tout retour offensif.—*Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale.*

**Pseudo-cavernes.**—Quelquefois au sommet du poumon on a tous les signes stéthoscopiques d'une caverne et il n'en existe pas. Cela arrive dans la pleurésie; le liquide comprime le poumon qui s'affaisse, et l'on entend alors les bruits de la trachée, et des bronches qui se transmettent à l'oreille à travers le tissu pulmonaire comprimé. La marche de la maladie sert dans ce cas de contrôle au diagnostic: la pleurésie diminuant, les signes cavitaires disparaissent; s'ils persistent, il y a caverne. Dans certains cas, le poumon étant atelectasié et le malade atteint de bronchite, des râles humides se transmettent à travers le poumon et peuvent produire le phénomène du gargouillement.—*Revue de Thérapeutique Méd.-Chirur.*

**Traitement des palpitations nerveuses et leur arrêt instantané par l'attitude du malade.**—Cette attitude que M. le docteur Bauchut appelle *congestive*, car elle amène la congestion de toute la partie supérieure du corps, est

due au docteur Hardier. Elle arrête pour ainsi dire instantanément les palpitations cardiaques qui ne sont pas liées à une affection organique du cœur.

Voici en quoi consiste la méthode du docteur Hardier :

Etant debout, les membres inférieurs fixés et rigides, en pliant le haut du corps vivement en avant, de façon à chercher à faire arriver les mains sur le bout des orteils, la tête, en suivant ce mouvement, s'abaisse et se congestionne aussitôt. La masse sanguine immédiatement pénètre dans les tissus, et l'on perçoit cette sensation de plénitude due à la fois à la tension artérielle et veineuse. Si l'on place un malade atteint de palpitations cardiaques dans la position ou dans l'attitude que je viens de décrire, la main de l'observateur étant placée sur la région du cœur, sent immédiatement ces palpitations s'évanouir, et le choc désordonné du cœur est remplacé par un battement régulier, rythmique, qui indique que l'organe a repris son jeu régulier habituel.

L'attitude congestive ne doit point être appliquée chez les vieillards, les alcooliques, etc., en un mot chez les malades dont l'intégrité des artères et des veines est douteuse.—*Le Médecin praticien.*—*Lyon Médical.*

Mort dans les brûlures.—Le Dr Lesser publie un étude sur ce sujet dans *Virchow's Arch.* D'après cet auteur, la cause de la mort ne résiderait, dans la plupart des cas, ni dans l'irritation des nerfs cutanés, ni dans l'échauffement du sang, mais dans l'altération et la déformation des hématies, dont l'hémoglobine se dissout dans le sérum, et qui devenant impropres à l'hématose causent une sorte d'asphyxie.—*Revue de Thérapeutique Médico-Chirurgicale.*

## PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALES.

Traitement des maladies charbonneuses chez l'homme par les injections sous cutanées d'iode en solution, par le docteur A. CHIPAULT, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Orléans.—1 fr.

Le travail du docteur Chipault se divise en trois parties.

La première partie est consacrée à l'histoire des tentatives faites pour substituer, à l'ancienne et barbare méthode du traitement des affections charbonneuses par l'excision et la cau-

dérivation, l'emploi d'agents thérapeutiques capables de détruire les bactériidies sans produire aucune mutilation.

De tous les agents parasitocides, l'iode est celui auquel l'auteur croit devoir donner la préférence. Il rappelle que c'est à M. le docteur Davaine que revient l'honneur d'avoir préconisé le premier l'emploi de ce médicament dans le traitement de la pustule maligne et de l'œdème charbonneux. Au mois de novembre 1873, sur les indications de M. Davaine, le docteur Stanis Cézard obtint la première guérison connue d'un œdème charbonneux par les injections d'iode. En 1876, Bourguignon publia une observation de succès obtenu à l'aide du même procédé chez un garçon boucher atteint de pustule maligne de la tempe. En 1878, le docteur Baladoni, de San-Leo, en Italie, annonça un succès analogue dû à l'administration de la teinture d'iode à l'intérieur et au pansement de la plaie avec une solution iodée au centième.

À ces trois premières observations, l'auteur en ajoute deux autres tirées de la thèse du docteur Raimbert en 1874. Ces deux dernières observations paraissent contraires à la méthode de M. Davaine. Mais, en les examinant de près, l'auteur arrive sans peine à démontrer que ces deux faits ne prouvent rien, ni pour ni contre l'efficacité de la médication iodée. Le traitement par l'iode n'a été employé d'une façon sérieuse ni dans l'un ni dans l'autre. Appliqué tardivement et après d'autres médicaments, il a été abandonné au bout de quelques heures seulement, sans qu'on lui ait donné le temps nécessaire pour produire quelque effet.

L'auteur a voulu remédier à l'insuffisance des observations publiées jusqu'à ce jour au sujet d'une question d'une pareille importance; et, chez quatre malades entrés à l'hôpital d'Orléans, trois pour des pustules malignes et le quatrième pour un œdème charbonneux des paupières, le docteur Chipault a expérimenté la méthode de M. Davaine en s'entourant des précautions les plus rigoureuses pour mettre hors de toute contestation les résultats obtenus par l'observation de ces quatre malades. Chez tous les quatre il n'a pas employé d'autre moyen que la médication iodée, *intus et extra*.

La relation de ces quatre observations constitue, avec quelques réflexions sur chacune d'elles, la deuxième partie du travail du docteur Chipault.

Dans la première observation, la solution d'iode employée en injections hypodermiques et en boisson était de 25 centigrammes d'iode par litre d'eau. La guérison a été obtenue en cinq jours.

Pour le deuxième malade on s'est servi d'une solution de 50

centigrammes par litre d'eau. La guérison a été obtenue en trois jours.

Chez le troisième, l'auteur est arrivé au même résultat en trois jours également avec un mélange de 3 grammes de teinture d'iode et de 500 grammes d'eau. Il avait affaire dans cette circonstance à un enfant de trois ans et demi, chez qui la pustule maligne avait déjà deux jours d'existence lorsque la médication a été commencée.

Le quatrième malade du docteur Chipault était le plus gravement atteint. Il a fallu dans ce cas recourir à une dose d'iode beaucoup plus forte que celle qui suffit habituellement. La solution, au titre de 1 sur 1.000, qui a été d'abord employée chez lui, est restée tout d'abord sans efficacité; et, en présence des progrès menaçants de l'œdème charbonneux, l'auteur s'est vu obligé de recourir à une solution de 25 centigrammes d'iode pour 62 grammes d'eau. Il a été récompensé de sa persévérance dans la médication iodée en voyant, sous l'influence de cette dernière solution, au titre 1 sur 250, survenir une rapide amélioration qui a permis de suspendre, au bout de trois jours, les injections et de déclarer le malade hors de danger.

On voit par le court résumé que nous donnons de ces quatre observations que l'auteur est bien réellement en droit de déclarer, comme il le fait que la médication iodée mérite d'être substituée à la cautérisation de la pustule maligne. Pour ne donner prise à aucune objection et donner au lecteur un moyen facile de contrôler la sincérité de son diagnostic, l'auteur a eu soin d'inoculer chaque fois à des cobayes la sérosité retirée des vésicules développées sur la région malade; et il a fait suivre chacune de ces observations de l'énoncé des résultats obtenus à la suite de ces inoculations.

La troisième partie du mémoire du docteur Chipault est consacrée à l'exposition des règles à suivre dans l'application de la méthode de traitement conseillée par l'auteur.

La partie essentielle de la médication consiste dans la pratique d'injections hypodermiques faites avec une solution d'iode dont le titre varie suivant la gravité de la maladie. La solution la moins forte qu'emploie le savant chirurgien d'Orléans est celle de 25 centigrammes d'iode par litre; dans les cas de moyenne gravité, il élève la dose à 50 centigrammes par 1.000 grammes d'eau; et chez les malades dont la vie semble le plus menacée, il va jusqu'à 1 gramme d'iode par litre. Dans certains cas exceptionnels, il dépasse cette limite; nous l'avons vu dans la quatrième observation recourir à une solution au 1/250, et il ne craint pas de conseiller même des solutions au 1/100 et au 1/50. L'expérience lui a montré que l'on peut faire de pareilles injections sans produire aucune lésion dans le tissu cellulaire.

L'iode métallique étant difficilement soluble dans l'eau, il faut, pour empêcher qu'il ne se précipite, avoir le soin d'ajouter à la solution une quantité d'iodure de potassium double de celle de l'iode employé.

Les injections sont pratiquées matin et soir au nombre de quatre à dix sur tout le pourtour du foyer d'infection, et de manière à le circoncrire. La durée qu'on est obligé de donner au traitement par les injections est ordinairement de deux à trois jours.

On peut remplacer l'iode métallique par la teinture d'iode à 3, 6, 9 ou 12 grammes pour 1.000 grammes d'eau, en ayant soin d'ajouter au mélange une quantité d'iodure de potassium suffisante pour empêcher la précipitation de l'iode. Dans les cas très-graves, on porte la proportion de la teinture d'iode à 3, 15 et même 30 grammes pour 100 grammes d'eau.

Aux injections hypodermiques, il faut ajouter l'administration de l'iode à l'intérieur. L'auteur emploie pour cette médication une solution analogue à celle qui lui sert pour les injections, c'est-à-dire une solution de 25 centigrammes à 1 gramme d'iode pour 1.000 grammes d'eau. Il en fait prendre un litre par jour à peu près, en donnant trois, quatre ou cinq grandes cuillerées toutes les deux heures. Lorsque l'estomac ne peut supporter l'absorption d'un pareil médicament, il a recours à des lavements iodés au millième ou au quinze-centième.

La médication iodée, pratiquée suivant les principes que nous venons de résumer, ne constitue pas par elle seule tout le traitement des affections charbonneuses; le docteur Chipault est le premier à en convenir. Elle attaque l'élément principal de la maladie en détruisant les bactériidies, elle remplit la première indication à laquelle le thérapeutiste ait à obéir en pareille circonstance, celle de combattre, de neutraliser la violence du charbon. Mais une fois cette première indication remplie, il en reste encore trois autres que l'auteur a soin de mettre en relief. Il faut secourir la médication iodée en mettant l'économie à même de réagir contre les effets de la virulence lorsque ceux-ci ont commencé à se généraliser. Il y a, comme il le fait remarquer, par suite de cette généralisation, un état de dépression bien marquée de l'organisme. Il faut combattre cette dépression par les stimulants, et celui des stimulants que l'auteur préfère à tous les autres, c'est l'acétate d'ammoniaque qu'il recommande de donner à doses élevées, suivant en cela la pratique de Guipon (de La

Une autre indication du traitement des affections charbonneuses, c'est d'aider la médication interne par un pansement local antiseptique. Pour ce pansement, le docteur Chipault

conseille indifféremment d'avoir recours, soit à la teinture d'iode, soit à l'acide salicylique ou à tout autre antiseptique.

Enfin, comme dernière indication, on doit, une fois la virulente enrayée et le malade entré en convalescence, réparer par un traitement tonique les forces d'une constitution qui a toujours été fortement ébranlée par l'infection charbonneuse.—H. DEBAUGE.—*Lyon Médical*.

—

Etude clinique sur les indicatipns de l'uréthrotomie externe.—L'excellente monographie que le Dr Monod vient d'écrire sur la question si controversée des indications de l'uréthrotomie externe, est bien faite pour jeter une vive lumière sur l'état actuel de nos connaissances en la matière.

L'auteur, s'inspirant des conseils éclairés de ses maîtres, et appuyé sur la pratique de M. Guyon, a voulu aborder son sujet par toutes ses faces. Il a considéré d'abord l'absolue nécessité de l'uréthrotomie externe *d'emblée* dans certains traumatismes graves de l'urèthre, puis il a étudié *successivement* l'uréthrotomie externe *secondaire* qu'il dénomme de ce nom, parce qu'au moment où le blessé se présente au chirurgien, des complications redoutables sont déjà un fait accompli, et l'uréthrotomie externe *retardée* ainsi appelée du fait d'un retard voulu par l'opérateur: et avec raison, l'auteur conclut que cette opération, dans ces occurrences, est sans gravité et vient parfaitement parer aux accidents, soit immédiats, soit consécutifs, en évacuant l'urine, en assurant libre passage aux liquides épanchés, et en restaurant le canal dilacéré.

Poursuivant les indications de cette opération, M. Monod veut, dans un deuxième chapitre, démontrer la pratique de la section périnéale dans les rétrécissements infranchissables, entendons cliniquement infranchissables, car Syms prétend que là où l'urine passe, peut, à force de soins et de persévérance, passer un instrument; une chose toutefois est évidente, c'est qu'il existe des coarctations de l'urèthre, véritables barrières infranchissables à l'habileté la plus grande et à la persévérance la plus soutenue; seule, l'uréthrotomie externe, sans conducteur, peut juger les cas d'une telle nature. Il est permis ici de ne pas complètement partager l'opinion de l'auteur sur la pratique de l'uréthrotomie externe, alors qu'il existe des lésions rénales confirmées. Bien que l'opération puisse, nous n'en doutons nullement, prolonger la vie du malade, nous lui préférons, dans ces cas désespérés, la ponction hypogastrique de la vessie.

Il est une classe de strictures uréthrales, qui échappent à la dilatation progressive, car notons que l'auteur appliquera toujours la dilatation progressive comme opération *de choix* quand celle-ci est possible; ce sont d'abord les rétrécissements, cliniquement infranceissables, et puis les coarctations compliquées de fistules; dans ces derniers cas, le chirurgien choisira tantôt l'uréthrotomie interne, qui parfois peut suffire, tantôt l'uréthrotomie externe, quand les fistules sont anciennes et les tissus périnéaux profondément indurés: quoi qu'il en soit, cette indication spéciale de l'uréthrotomie externe externe, qui sera faite ici sans conducteur, n'est pas encore entrée dans la pratique courante en France et en Belgique, tandis qu'en Angleterre et en Allemagne, elle est généralement admise.

M. le docteur Monod a voulu consacrer un chapitre spécial à l'étude fort intéressante de l'uréthrotomie externe considérée comme méthode rivale de l'uréthrotomie interne. Il écarte d'abord toute la série des cas où la section périnéale s'impose absolument, pour se demander si les indications de l'uréthrotomie périnéale s'étendent à la classe des strictures, qui sans rentrer dans les catégories précédentes, résistent cependant à la simple dilatation, et il conclut formellement en faveur de l'uréthrotomie interne. Pour lui, la lame de Maisonneuve, guidée selon certaines règles fixes et précises, ne détermine qu'une lésion uréthrale sans gravité et une cicatrice peu rétractile et facilement extensible.

Sans même adopter entièrement les opinions émises par M. le docteur Monod, le lecteur ne peut qu'applaudir à l'extrême impartialité qui préside à tous ses jugements, et ne peut que retirer profit et instructions de l'étude d'un ouvrage auquel l'auteur a consacré tout son talent d'écrivain et toute l'érudition de ses recherches.—Dr LÉOPOLD DEJACE.—*Le Scalpel*.

Inutilité et danger du traitement pharmaceutique et topique dans l'épithélioma de la langue.—M. VERXEVIL. Le traitement médical de l'épithélioma, encore beaucoup trop usité, consiste dans l'emploi de l'iode de potassium et du mercure, on y ajoute souvent des cautérisations. Pourquoi cette pratique si mauvaise est-elle encore répandue?

C'est une erreur de croire à l'efficacité de l'iode de potassium dans les néoplasmes vrais. Il y a des néoplasmes qui simulent l'épithélioma, mais à la langue le diagnostic n'est pas difficile. Les praticiens ont quelquefois peur d'effrayer les malades et n'osent pas leur parler d'opération.



L'épithélioma de la langue est une variété grave ; d'ailleurs en général les épithéliomas des muqueuses sont presque aussi graves que le cancer. J'ai opéré quatre malades guéris, l'opération est donc efficace dans certaines conditions, quand le mal est peu avancé.

L'opération est surtout efficace à la période que les praticiens laissent passer en essayant la thérapeutique que je condamne. Elle est très bénigne quand l'épithélioma est peu étendu et quand elle est faite par les voies naturelles. Je n'ai perdu qu'un malade opéré d'une tumeur de la langue d'une étendue modérée, et cela sur un très grand nombre d'opérations.

Avec l'écraseur linéaire, le thermo cautère et la ligature élastique, l'opération est très facile.

L'épithélioma ne rétrograde jamais, ne s'arrête jamais ; l'expectation est donc toujours mauvaise : de plus les essais de traitement intempestif exagèrent singulièrement la marche du mal. Les malades atteints d'épithélioma sont presque toujours des arthritiques chez lesquels l'iodure de potassium est presque toujours très mal supporté.

Quant au chlorate de potasse dont on a eu la prétention de vanter l'efficacité, il n'a jamais eu d'action sur l'épithélioma et ce qu'il a guéri, ce sont des ulcérations d'adénome sudoripare.

*Conclusions.*—1<sup>o</sup> Les médicaments internes et les applications topiques n'ont jamais guéri l'épithélioma ;

2<sup>o</sup> L'iodure de potassium et le mercure non seulement sont impuissants, mais encore nuisibles, il en est de même des caustisations dites modificatrices ;

3<sup>o</sup> L'opération doit être faite de bonne heure et dans ce cas elle est efficace, sans gravité et généralement très facile ;

4<sup>o</sup> Le diagnostic de l'épithélioma ne présente aujourd'hui, dans l'immense majorité des cas, aucune difficulté ; les faits embarrassants sont rares.—*Revue de Thérapeutique méd.-chir.*

—  
Procédé pour la réduction du paraphimosis.—Voici en quels termes Lemaistre rend compte de ce procédé qui appartient à Bardinet. J'étais, dit-il, près d'un jeune homme atteint d'un paraphimosis que je ne pouvais réduire par le procédé ordinaire. Croyant qu'ils fallait arriver à l'incision, je demandai Bardinet. Il procéda d'abord comme moi, mais en vain. Toutes les tentatives devenant inutiles, il demanda une épingle à cheveux, en rapprocha un peu plus les deux extrémités, puis enfonça la convexité de l'épingle derrière la couronne du gland, sous l'étranglement, de manière à éloigner le

prépuce, puis une seconde à une certaine distance et enfin une troisième un peu plus loin. Puis, ramenant le prépuce en avant, il fit la réduction avec la plus grande facilité, la peau glissant sur trois ponts, sans être arrêtée par un enfoncement.—*J. de la Soc. de Méd. de la Ille-Vienne et Par. méd.—Le Praticien.*

---

**La chirurgie dentaire conservatrice.**—Le Dr Quinet (de Bruxelles) voudrait voir, en chirurgie dentaire, se généraliser certains principes, qu'il expose à la suite d'un mémoire, dans les quatre conclusions qui suivent :

1<sup>o</sup> Les indications de l'*extraction définitive*, dans les affections dentaires, en général, doivent être aujourd'hui l'exception comme elles étaient autrefois la règle ;

2<sup>o</sup> L'*extraction* n'est jamais indiquée dans la *carie*, ni dans le courant de la *périostite subaiguë ou aiguë*, à moins que de graves accidents de voisinage à évolution rapide ne menacent de défigurer le malade, ou de compromettre son existence ;

3<sup>o</sup> Elle n'est pas indiquée dans la plupart des formes de la *périostite chronique* :

4<sup>o</sup> Enfin, quelque soit sa forme, sa cause, son siège, la *périostite alvéolo dentaire* est curable par l'emploi des moyens tionnels appropriés suivant les cas.—*Revue de Therap. Méd.-Chir.*

---

**Greffe dentaire.**—M. le Dr T. David communique cinq observations personnelles de transplantation des dents, toutes suivies de succès. La dent plantée dans une autre alvéole s'y consolide par un processus vital, celui de la greffe, analogue à la réunion immédiate. Cette greffe d'emprunt permet de substituer à une dent altérée une dent saine, prise sur le sujet lui-même (transposition) ou sur un autre individu de la même espèce (transplantation). Il convient surtout de choisir pour greffe des dents saines, dont l'extraction est devenue nécessaire, dans les cas notamment où elle est motivée par la régularisation des arcades dentaires.—(*Nouv. Journ. Méd.*)—*Le Scalpel.*

---



**Traitement de la gale.**—M. Fournier donne, dans ses leçons sur le traitement de la gale, la formule d'une pommade que l'on peut prescrire en ville pour remplacer la pommade d'Helmerich, souvent trop irritante.

Glycérine .....	℥vj
Gomme adragante.....	gr. xv
Fleur de soufre.....	ijj
Carbonate de soude.....	℥jss

On peut aussi remplacer les frictions au savon noir par des savons de toilette ordinaires, à la condition que les frictions soient suffisamment prolongées.

**Injection hypodermique de pilocarpine dans les accès d'asthme.**—Le docteur Mackenzie vient d'essayer la pilocarpine en injections sous cutanées à la dose quotidienne de 0 gr. 02 cent. Le résultat, qu'il communique au *British medical journal*, a été des plus favorables. Les accès qui s'étaient succédé presque tous les jours pendant plusieurs mois cédaient déjà au bout d'une semaine de traitement.—*Lyon Médical*.

**Traitement de l'ictère par rétention.** (Cook)—Administrer tous les deux jours de 1 gr. 50 à 3 grammes d'ipécacuanha : c'est un remède héroïque, qui a une action topique sur le duodénum et sur les tractus muqueux des conduits biliaires.—*Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale*.

**Thérapeutique des maladies du cœur.** (GUBLER)  
Dans les affections mitrales, l'opium est généralement contre-indiqué ; il est utile au contraire dans les lésions aortiques. On l'emploie soit sous forme d'injections hypodermiques de sels de morphine, soit sous forme de teinture thébaïque (5 gouttes à la fois, trois fois par jour). Le bromure de potassium, qui n'a pas d'action sur le myocarde, mais sur les vaisseaux, est très utile dans l'angine de poitrine, les palpitations nerveuses, etc...

En un mot, opium, si lésion aortique ; bromure, si l'évrose ; digitale, dans les autres cas.—*Revue de Thér. méd.-chir.*

---



---

# L'UNION MÉDICALE DU CANADA

MONTREAL, FEVRIER 1881.

*Comité de Rédaction :*

MESSIEURS LES DOCTEURS E. P. LACHAPPELLE, A. LAMARCHE  
ET S. LACHAPPELLE.

---

## Statistique.

L'Hygiène publique, comme la médecine elle-même, n'a pas de plus solide fondement que la statistique. C'est grâce à la statistique que toutes les grandes questions vitales peuvent être élaborées, et le pays qui n'en a pas une sérieuse et fidèle à sa disposition, ne fait que tâtonner dans les mesures sanitaires qu'il soulève et discute; la vitalité alors n'est qu'un bienfait de la fortune et non le résultat heureux et satisfaisant d'une œuvre raisonnée.

Nous devons donc saluer avec plaisir la nouvelle de l'établissement prochain d'un département central de statistique pour toute la confédération. Un homme compétent est allé chez nos voisins étudier le système de statistique qu'ils emploient afin qu'il serve de modèle à celui qui sera mis en pratique parmi nous. L'intervention du gouvernement était nécessaire pour mettre à exécution un si grand projet, et l'indifférence désespérante de nos municipalités ne nous aurait jamais conduit bien loin sous ce rapport.

Quel sera le plan adopté, nous l'ignorons; mais nous espérons que toute la sagesse et le travail lui seront donnés, pour ne pas faire de cette grande tentative un ridicule avortement.

La statistique est immense, disons-nous, dans ses opérations et il est peu de questions d'économie politique et sociales auxquelles elle ne soit pas intimement liée; c'est elle qui peut résoudre les problèmes, les plus élevés, les grandes questions de population (naissance, mariage, décès), de subsistances (rapport du confort de la population, de sa santé, avec la prospérité publique), de climatologie (topographie, météorologie et géographie) de pathogénie et d'étiologie des maladies épidémiques; du régime de vie de tous les grands établissements, des différents systèmes de prison, etc.....

Toutes ces questions touchent à la vie des sociétés; et quand elles sont sous un contrôle scientifique les sociétés en font leur profit. Contrôle scientifique, voilà le caractère qu'il faudra donner à ces études si importantes! Que le médecin de chaque paroisse fasse un rapport à un médecin de chaque comté, ou qu'un médecin de comté fasse seul le travail sérieusement, qu'il observe et commente, que la compétence, pour exprimer mieux notre pensée, soit mise à cette œuvre, et qu'on n'aille pas répéter la comédie de nos villes, où la santé publique est confiée au fanatisme national et au favoritisme bien plus qu'au savoir intelligent.

Les ramifications du département de la statistique devront étendre partout comme des artères de vie aussi indispensable aux extrémités du corps qu'à son centre.

L'initiative du gouvernement est une garantie de succès, il faut des lois sanitaires aussi efficaces que les lois nécessitées par nos tribunaux civils. Le grand mouvement hygiénique qui se fait partout devait faire sentir son contre coup jusqu'ici et notre constitution politique basée sur celle de l'Angleterre ne pouvait l'empêcher de lui emprunter aussi sa constitution sanitaire. Les paroles du nestor de l'hygiène à Londres, le Dr Wilson, s'appliquent au Canada comme à l'Angleterre :

“ Lorsque l'homme aura été forcé de reconnaître que c'est par ses propres mains, grâce à l'oubli de quelques règles évidentes que les germes des maladies sont semés avec la plus grande prodigalité dans son corps; lorsqu'il aura demandé à la science médicale de s'occuper de prévenir les maladies plutôt que de les guérir: lorsque les gouvernements auront été amenés à considérer la conservation de la santé d'une nation, comme un objet aussi important que le développement de son commerce ou le maintien de ses conquêtes; nous pourrons alors espérer de voir approcher cette époque où après des jours passés presque sans maladies, une existence tranquille se terminera par une paisible *cuthanasie*.”

Nous reviendrons sur cette question importante.

---

## Société Médicale de Montréal.

---

Séance du 3 décembre 1880.

M. le Dr E. P. Lachapelle, président, au fauteuil.

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal de la dernière séance, le Dr A. Dagenais donne lecture d'un travail sur la

craniotomie. (Ce travail a été publié dans le numéro de janvier dernier.)

Vu l'heure avancée de la soirée, la discussion sur cette question si importante est remise à une séance subséquente. Et la séance est levée.

---

Séance du 17 décembre.

Le Dr E. P. Lachapelle, président, au fauteuil.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Le Dr C. M. Filiatrault donne lecture d'un travail intitulé: "Considérations générales sur l'étude des maladies de la peau et sur la classification de ces maladies."

M. le président remercie M. le Dr Filiatrault pour l'utile travail qu'il vient de soumettre à la Société.

Une vive discussion s'engage ensuite au sujet de l'opération de la craniotomie. Prennent part à cette discussion M. le président et MM. les Drs Dagenais, Mount, Brosseau, Lamarché, Berthelot et Cléroux.

Le secrétaire lit une lettre du Dr L. A. E. Desjardins, par laquelle celui-ci donne sa démission comme premier vice-président de la Société Médicale de Montréal. Cette démission est acceptée.

Le Dr J. A. Laramée est alors élu, à l'unanimité, premier vice-président de la Société Médicale en remplacement du Dr Desjardins.

Le secrétaire donne lecture d'une lettre du Dr E. C. Séguin, de New-York, accusant réception de la somme de cent francs votée par la Société, comme contribution à l'érection d'un monument à la mémoire du professeur Claude Bernard.

Il est ensuite proposé par le Dr J. W. Mount, secondé par le Dr J. E. Berthelot que la Société Médicale a lieu de regretter que le changement de local auquel elle s'est décidée au commencement de cette année n'ait pas eu le résultat qu'on en attendait, et qu'en égard à la commodité plus grande offerte à la plupart des membres les plus assidus par le local occupé précédemment, il soit résolu que la Société tienne désormais ses séances à ce dernier endroit, N<sup>o</sup> 134, rue Notre-Dame.

Adopté unanimement.

Le Dr A. T. Brosseau propose alors, secondé par le Dr Dagenais, que des remerciements soient votés au Rév. Messire Sauttenne pour l'obligeance qu'il a eue de mettre à la disposition de la Société une des salles de l'école St-Jacques.

Adopté.

L'avis de motion donné par le Dr S. Lachapelle, à la séance du 12 novembre est rayé de l'ordre du jour.

Le Dr A. T. Brosseau s'engage à donner une lecture à la prochaine réunion. Et la séance est levée.

---

Séance du 21 janvier 1881.

Présidence du Dr E. P. Lachapelle.

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal de la dernière séance, M. le Dr A. T. Brosseau communique à la Société un travail sur les hernies ombilicales. Il s'en suit une discussion à laquelle prennent part M. le Président et MM. les Drs Lamarque, Borthelot, Carrière et Desrosiers.

M. le Dr N. Fafard s'engage à donner une lecture à la prochaine réunion qui doit avoir lieu vendredi, le 11 février. Et la séance est levée.

---

### Brochures reçues.

*Transactions of the twenty-seventh annual meeting of the Medical Society of the State of North Carolina held at Wilmington, N. C., 11th may 1880.*

*The Surgical treatment of intestinal obstruction, by W. T. Briggs, M.D.*

*Mémoire contre la vaccination obligatoire, par HUBERT BOÏNS*

*Handbook of Systematic Urinary Analysis Chemical and Microscopical for the use of physicians, Medical Students and Clinical Assistants, by FRANK M. DEEMS, M. D., Laboratory instructor in the medical department of the university of New-York, etc.*

---

### NOUVELLES MÉDICALES.

Le *Progrès Médical*, de Paris, nous annonce que M. Azarie Brodeur vient d'être nommé interne à l'hôpital Sainte-Perrine (maladies chroniques), service de M. le Dr Gouraud.



## Nécrologie.

**Le Dr Beaubien.**—La profession médicale de Montréal vient de perdre son doyen et aussi l'un de ses membres les plus distingués. Le Dr Pierre Beaubien est décédé à la résidence de son fils, l'honorable Louis Beaubien, dimanche, le 9 Janvier dernier.

Le Dr Beaubien naquit à Saint-Antoine de la Baie du Fevre, le 13 août 1796.

Il termina ses études classiques à Paris où il prit le degré de "bachelier-ès-lettres," le 27 mai 1819; il y étudia la médecine et obtint le degré de "docteur en médecine," le 16 août 1822. Il voyagea ensuite en Allemagne, en Suisse et en Italie, puis revint au Canada et se fixa à Montréal.

Il épousa le 11 mai 1829, à Québec, dame Marie Justine Casgrain, fille de Pierre Casgrain, seigneur de la Rivière Quelle, et veuve du Dr A. Maguire. Mgr Turgeon, évêque de Québec, donna la bénédiction nuptiale.

Le Dr Beaubien se fit promptement à Montréal, une position honorable au milieu de ses confrères. Il fut un des premiers professeurs de l'école de médecine et de chirurgie. Il y professait encore, il y a quelques années, et s'était retiré avec le titre de professeur honoraire et de doyen de la faculté.

Il représenta, dans l'Assemblée Législative du Canada-Uni; la ville de Montréal de 1841 à 1844, il représenta aussi le comté de Chambly.

Il fut nommé médecin des prisons de Montréal par Sir Georges E. Cartier, alors solliciteur-général pour le Bas-Canada, en 1859, et conserva cette charge jusqu'à sa mort.

Il laisse trois enfants: L'hon. L. Beaubien, député d'Hoche-laga à la Chambre locale; le Révd Messire Charles Beaubien, curé de la Côte Saint-Paul; et la sœur Marie de la Présentation, des Dames de la Congrégation Notre-Dame.

## DECÈS.

—A Indian Orchard, Etats-Unis, le 30 décembre 1880, le Dr Charles Désautels.