

## Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- 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.

- Additional comments /  
Commentaires supplémentaires:      Continuous pagination.

# LA GAZETTE MÉDICALE DE MONTRÉAL

Revue Mensuelle de Médecine, de Chirurgie et des  
Sciences accessoires

---

VOL. II.

MONTREAL, AVRIL 1888.

No 4.

---

TRAVAUX ORIGINAUX.

---

## MOUVEMENT SCIENTIFIQUE

---

TROISIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

---

### **Discours de M. le Président Vernouil**

Peut-être, Messieurs, me sera-t-il permis de saisir une occasion, que d'ailleurs nous n'avons point fait naître, pour répondre en quelques mots à une attaque aussi inattendue qu'inexplicable, formulée récemment contre notre Ecole française par un célèbre chirurgien étranger, actuellement professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Vienne.

M. Billroth, c'est de lui qu'il s'agit, est un des dignitaires de notre Société de chirurgie. Son traité de *Pathologie générale* a été traduit deux fois dans notre langue ; chaque édition a été présentée au public médical français dans des termes courtois et peut-être trop élogieux ; à ma connaissance, ni l'œuvre, ni l'auteur n'ont jamais été dans notre pays l'objet de critiques injustes ou acerbes ; nous pouvions donc nous croire à l'abri d'un accès de mauvaise humeur que rien n'avait justifié.

Cependant, un beau jour, de propos délibéré, sans raison aucune, après avoir violemment attaqué, et du reste avec une incompétence avérée, notre illustre Pasteur, M. Billroth a jugé bon, dans le même

pamphlet, de formuler en termes désobligeants son opinion sur la chirurgie française, à laquelle il reproche dédaigneusement, entre autres choses, *de suivre d'un pas boiteux les immenses progrès des chirurgies allemande et anglaise.*

Quant à motiver cette agression singulière, M. Billroth ne s'en est point donné la peine, estimant sans doute qu'un arrêt sortant de sa bouche s'imposait de lui-même. Or, pour ma part, je pense que personne n'est moins capable que notre éminent collègue d'apprécier ce que vaut la science médicale française, par cette excellente raison que personne ne l'ignore plus que lui. Si quelqu'un trouvait ce jugement mal fondé, je le renverrais au traité de *Pathologie générale* déjà cité ; il y chercherait en vain, dans la dixième édition aussi bien que dans la première, la moindre mention des meilleurs travaux français. Comme je ne puis supposer que M. Billroth passe de parti pris nos œuvres sous silence, j'en conclus qu'il ne les connaît pas, et s'il ne les connaît pas, je me demande comment il peut savoir si nous boîtons en marchant ou si nous marchons du même pas que nos voisins.

En répondant ainsi au chirurgien allemand, je ne veux point, je vous l'affirme, bien qu'en droit de justes représailles, lui chercher une querelle personnelle, mais seulement protester contre tous ceux qui, comme lui, nous critiquent à la légère, en se plaçant à un point de vue étroit et exclusif, que je veux vous signaler. J'y mets si peu d'aigreur que je vais chercher à expliquer la méprise de M. Billroth.

Ceux pour qui toute la chirurgie se résume dans la médecine opératoire, qui s'extasient devant les exéreses audacieuses et élèveraient volontiers un temple au dieu Bistouri, ne placent évidemment la chirurgie française ni au premier ni même au second rang, et en cela ils sont conséquents avec eux-mêmes.

Il faut bien avouer, en effet, que dans notre pays (et dans quelques autres d'ailleurs), on n'extirpe pas tous les jours le larynx, pas plus qu'on ne résèque bien souvent le pharynx, l'œsophage et l'estomac ; on n'ouvre également guère ce dernier organe à titre d'opération préliminaire, pour dilater le pylore rétréci ; on hésite beaucoup à aller chercher des tumeurs gommeuses ou des masses tuberculeuses dans la profondeur des hémisphères cérébraux et l'on n'introduit pas volontiers des corps métalliques, fussent-ils filiformes, dans les anévrysmes de l'aorte ; la ponction de ce gros vaisseau, ainsi que celle des ventricules et des oreillettes, n'est pas encore en honneur chez nous ; nous osons même mettre en doute la valeur réelle de ces entreprises et nous demander si elles constituent de véritables conquêtes. Or, jusqu'à ce qu'il soit bien démontré qu'il y a là un progrès, autant vaudra le suivre à petits pas que de courir après en risquant de se casser le cou,

Quant aux opérations vraiment utiles, si hardies qu'elles soient, si difficiles qu'elles paraissent, on les pratique sans hésitation à Paris et dans nos grandes villes, et on enregistre autant de succès qu'ailleurs.

Il n'est pas, en effet, besoin d'aller au-delà de nos frontières—voyage qui, d'ailleurs, n'a pas réussi à tous ceux qui l'ont entrepris — pour chercher la guérison des grosses tumeurs du ventre par l'ovariotomie, les hystéro ou hystérectomies, les laparotomies diverses, ni la cure des affections rénales par la néphrotomie ou la néphrectomie. Nulle part on n'a employé avec plus de sagacité et d'habileté que chez nous l'ouverture de la vessie pour remédier aux cystalgies rebelles et pour guérir ou pallier les tumeurs intravésicales ; la lithiase biliaire est franchement attaquée par l'ouverture ou l'ablation de la vésicule du fiel et nos jeunes chirurgiens se montrent fort habiles à extirper les trompes de Fallope plus ou moins endommagées ; en d'autres régions nous sommes aussi entreprenants qu'il le faut.

Nous trépanons bravement pour remédier aux accidents tardifs des traumas crâniens et n'avons eu besoin de personne pour savoir exactement où il fallait appliquer les couronnes afin de guérir telle ou telle monoplégie. Depuis Létievant et Estlander, nous réséquons les côtes sans sourciller, et il n'est pas revenu qu'à l'étranger on pratique mieux qu'en France la périlleuse extirpation des grosses tumeurs du cou, de l'aisselle, des mâchoires, du triangle de Scarpa, etc. La suture primitive et secondaire des nerfs est journallement et depuis longtemps employée chez nous. Enfin, il ne semble pas qu'on fasse nulle part meilleur ni plus fréquent usage des opérations préliminaires et des grandes opérations palliatives, telles que la trachéotomie, la gastrotomie, les anus contre nature, etc.

Il est inutile d'insister, je crois, pour montrer que nous opérons tout ce qui peut et doit être raisonnablement opéré, et que nous ne privons aucun de nos patients du secours sérieux de la thérapeutique opératoire, avec cette circonstance, à porter, ce me semble, à notre actif, que l'opération chirurgicale reste à nos yeux *ratio ultima et non prima*.

Mais, dira-t-on, si vous adoptez à la longue les acquisitions récentes de l'art chirurgical, vous le faites sans enthousiasme, presque à contre-cœur et quand des chirurgiens plus hardis vous ont aplani la route.

J'accorde que nous nous tenons en garde contre les innovations peu mûries ou contre certaines réhabilitations mal fondées, et que nous y regardons à deux fois avant d'essayer ou de réessayer sur nos patients des actes chirurgicaux incontestablement dangereux. Mais cette réserve ne laisse pas que d'avoir du bon. Quelques exemples le

prouveront sans peine. Ainsi, sans rejeter l'extirpation du corps thyroïde, nous ne l'avons pas pratiquée à tort et à travers et nous n'avons pas eu l'ennui de transformer nos goitreux en crétins. Nous avons tranquillement continué à traiter les grands kystes thyroïdiens par les injections cavitaires et le goître parenchymateux par les injections interstitielles, et comme ces moyens nous réussissaient dans la grande majorité des cas, nous avons réservé la thyroïdectomie pour les cas rares où ils avaient échoué et où d'ailleurs la vie était menacée.

De même pour l'extirpation de l'utérus cancéreux. Tant que l'opération pratiquée par l'hypogastre a donné une mortalité énorme, nous nous sommes presque complètement abstenus ; mais quand le pronostic s'est amélioré, grâce à l'adoption et aux perfectionnements du procédé vaginal, nous nous sommes enhardis et nous avons extirpé à notre tour ; mais là, avançant avec prudence, nous avons vite reconnu que si le succès opératoire devenait la règle, le succès thérapeutique restait la grande exception ; alors notre ardeur s'est modérée, nous avons soigneusement trié les cas et, à ce jour, remettant en parallèle les avantages respectifs de l'ablation totale, de l'ablation partielle et du traitement palliatif, nous faisons à la première une part de plus en plus restreinte.

Il semble aussi que nous avons bien fait de ne pas accepter les yeux fermés et de ne pas pratiquer trop vite certaines opérations, telles que la suture du col utérin déchiré ; l'ablation des ovaires sains en cas d'hystérie, de dysménorrhée et de métrorrhagie ; le raccourcissement des ligaments ronds (d'invention française, soit dit en passant, et qui appartient à Alquié et non à MM. Alexander ou Adams).

En somme, le but final de la pratique est la guérison, et si on peut l'atteindre, par différentes voies, il n'est pas, que je sache, d'article de loi qui force à employer bon gré mal gré le fer ou le feu quand on peut réussir aussi bien par les médicaments, l'hygiène ou les moyens de douceur.

Dans une discussion académique récente où une simple application topique, bénigne, était mise en parallèle avec des actes opératoires assez violents, quelques confrères prirent la parole pour revendiquer les *droits de la chirurgie*. C'est sans doute les *droits du bistouri* qu'ils voulaient dire. Cette réclamation semble quelque peu singulière, car la chirurgie n'a pas de droits, mais seulement un devoir, qui est de soulager ou de guérir le plus simplement et au moins de frais possible. Pour le bistouri, je ne lui connais aucun droit, et son seul devoir est d'être très propre et de couper le mieux possible.

Si l'on compare, dans ses tendances générales, la thérapeutique chi-

rurgicale en France et à l'étranger, on peut affirmer, sans crainte d'être démenti, que dans aucun pays elle n'est plus conservatrice que dans le nôtre ; que nulle part plus qu'ici on ne se préoccupe :

1° D'utiliser les médicaments, les agents hygiéniques, les moyens chirurgicaux dits de douceur et les opérations non sanglantes ;

2° De baser l'ensemble du traitement sur l'étiologie, la pathogénie, la nature, les formes et le degré du mal à combattre ;

3° De mettre à profit les enseignements de la physiologie et de la pathologie générale et d'effacer les barrières malencontreusement élevées entre les pathologies interne et externe ;

4° D'employer, au cas où la médecine opératoire est nécessaire, les procédés les moins périlleux et les plus faciles à exécuter ;

5° D'être éclectique, c'est-à-dire d'accepter comme utile tout moyen thérapeutique, à la condition expresse de déterminer soigneusement les cas fréquents ou rares qui le réclament, et surtout de ne jamais l'appliquer exclusivement ni au hasard, ni par séries ;

6° D'être opportuniste, c'est-à-dire de peser soigneusement les avantages et les inconvénients de l'action précoce ou tardive, de l'abstention momentanée ou définitive pour arriver à saisir le moment favorable, *l'ocasio præceps* ;

7° De préciser rigoureusement les indications et contre-indications opératoires, en tenant grand compte de l'état organique des sujets et des maladies constitutionnelles patentées ou latentes dont ils sont atteints ;

8° Enfin d'instituer avant, pendant et après l'acte chirurgical, un traitement capable d'en préparer, d'en assurer et d'en rendre définitif le succès.

Excusez-moi d'entrer dans quelques détails pour prouver que je n'ai point exagéré les mérites et qualités de notre chirurgie française.

J'ai dit qu'elle était conservatrice et qu'elle utilisait sans cesse les moyens non sanglants. Voyez ce qui se passe pour les lésions traumatiques des doigts, de la main et de l'avant-bras, si communes dans les usines en particulier ; consultez les statistiques étrangères : il en appert qu'un chirurgien appelé à soigner ces blessures ampute en une ou deux années plus de doigts, de métacarpiens, de poignets et d'avant-bras que le chirurgien français le plus occupé dans toute sa vie. Ce que l'on mutile irrémédiablement ailleurs, nous le conservons, et les blessés se servent très utilement plus tard de membres qu'on croyait d'abord à tout jamais perdus.

Passons au traitement des maladies articulaires. Combien nous amputons rarement et combien aussi nous sommes sobres de résections ! Avons-nous tort sur ce dernier point ? Comment le croire quand, après

avoir pratiqué nombre de fois ces opérations, nos confrères étrangers les condamnent maintenant ou en restreignent de plus en plus l'usage ?

Ajoutons à cette liste nombre de courbures rachitiques qu'on ostéotomise à outrance chez nos voisins et qui se redressent bien et relativement vite sous la seule influence de la thalassothérapie.

Sur tous les points de notre thérapeutique, on retrouve ces mêmes tendances à éviter les procédés sanglants et à choisir les *acta minoris periculi*. N'est-ce point à cette préoccupation qu'a obéi notre savant collègue, M. Denucé, de Bordeaux, quand, en appliquant la ligature élastique à la cure de l'inversion utérine, il a rendue bénigne et facile une opération nécessaire, urgente parfois, mais jusque-là pleine de danger.

.....

Messieurs, je ne voudrais pas prolonger indéfiniment cette plaidoirie ni laisser croire que je trouve notre chirurgie parfaite. Si j'ai montré ses côtés forts et loué ses tendances excellentes, j'en distingue aussi les points faibles et les imperfections. Libre-échangiste par nature, je concède sans peine que nous pouvons et devons même faire à nos rivaux d'utiles emprunts.

Mais je réclame la réciprocité et voudrais que la justice que nous rendons aux autres nous fut également rendue. On voudra bien constater que je n'ai attaqué personne, mais seulement défendu avec quelque chaleur notre Ecole française, puisque nul chez nous ne songe à le faire et que nous conservons même à l'égard des étrangers une sorte de manie chevaleresque qui frise la naïveté.

En effet, qu'un Français passe la frontière, il se croit obligé de trouver superbe tout ce qu'on lui montre, de le dire tout haut et de l'écrire au besoin. Il croirait discourtois de signaler ce qu'il voit de défectueux, et de mauvais goût de réclamer pour les choses qu'on nous a empruntées ou que nous faisons mieux. *In petto* il sait bien ce qui est mauvais et ce qu'il faut blâmer, mais il se tait.

Or, des étrangers qui viennent chez nous, lisent nos livres et connaissent nos idées, puisqu'ils les mettent à profit, combien peu nous citent en dehors de ceux que nous savons nos amis et qui s'intéressent ouvertement aux progrès de notre science, et que la louange sort difficilement de leur bouche ou de leur plume ! N'imitons pas les oublieux et les injustes ; restons équitables quand même, mais soutenons nos droits et revendiquons hardiment notre part.

Ce qui fait croire, au reste, que notre chirurgie n'est pas si fort en décadence et qu'il y a encore quelque chose à gagner dans notre commerce, c'est le concours que nous apportent, à une époque et dans des conditions défavorables, les confrères venus des pays voisins qui

honoront notre réunion de leur présence et auxquels je suis heureux de souhaiter la bienvenue en votre nom et d'offrir nos remerciements sincères.

Si le Congrès tout entier acclame avec joie nos amis étrangers, il est du devoir des Parisiens d'exprimer leur gratitude à leurs confrères de province.

Depuis bien longtemps j'observe avec l'attention la plus sympathique le mouvement chirurgical dans nos départements, et d'année en année je constate de nouveaux progrès.

Oui, chers confrères, vous pratiquez de plus en plus et au mieux des intérêts généraux une décentralisation précieuse et nécessaire; grâce à vous, les lumières de la science et les secours de l'art se répandent sans cesse et arrivent jusque dans les plus humbles villages. Ainsi, vous démontrez l'erreur de ceux qui disent que la grande chirurgie ne peut être faite que dans les grandes villes et par les grands chirurgiens, oubliant trop les conditions dans lesquelles se trouve la moitié, sinon les deux tiers de notre population.

Il est certain que tous vous ne pouvez pas tout faire et que plusieurs grands actes chirurgicaux sont encore hors de la portée de quelques-uns d'entre vous; mais ces cas sont assez rares et il y a lieu d'espérer qu'ils le deviendront de plus en plus, à partir du jour où on sera parvenu à perfectionner et surtout à simplifier la technique opératoire.

Rappelons-nous ce qui s'est passé pour la fistule vésico-vaginale. Il y a 40 ans, sa cure était considérée comme si difficile, qu'à peine si à Paris même deux ou trois chirurgiens la tentaient. Bozeman et Marion Sims nous apportent l'excellent procédé que vous connaissez; nous l'appliquons et nous réussissons; puis nous l'apprenons à nos élèves qui, aujourd'hui, la pratiquent si heureusement dans tous les coins de la France, qu'à peine si nous autres Parisiens, en voyons encore quelques cas rares dans la pratique de l'hôpital ou de la ville.

Applaudissons sans réserve, messieurs, à cette démocratisation de la chirurgie, si conforme à l'esprit humanitaire et désintéressé de notre race; sans abaisser les grands, elle élève les moyens et les petits et fait entrevoir l'heure où l'on trouvera sur les points les plus reculés de notre territoire des esprits éclairés et des mains habiles.

Si les Congrès français de chirurgie hâtent cet heureux événement, ils auront bien mérité de la Science et de la Patrie.

### **Réséction du poignet pour ankylose.**

M. OLLIER (de Lyon).—J'ai pratiqué deux réséctions du poignet pour ankylose.

Il a fallu pour que pareille opération puisse être proposée que,

d'une part, l'antisepsie la rendit peu dangereuse, et que, de l'autre, on fut certain d'obtenir après la résection une restitution fonctionnelle suffisante. Elle ne pouvait être acceptée il y a quelques années, quand l'ankylose était le résultat idéal cherché dans les résections. Langenbeck l'avait cependant tentée deux fois mais sans succès, car il eut de la pyohémie dans un cas et dans l'autre un retour de l'ankylose.

Aujourd'hui, après la résection du carpe isolée ou associée à celle des extrémités métacarpiennes ou cubito-radiales, on peut obtenir d'excellents résultats fonctionnels, bien supérieurs à ceux obtenus par Lister dès 1865 et qui laissaient déjà une main jugée fort utile.

Un des résultats les plus importants qu'on puisse obtenir, c'est une articulation énergiquement auto-mobile : on y arrive en respectant tous les tendons-moteurs du poignet, radiaux et cubitiaux, qu'on sacrifie autrefois.

Certainement l'articulation ne reprend pas son intégrité physiologique, mais l'étendue conservée aux mouvements suffit pour assurer le fonctionnement du poignet : l'expérience démontre qu'une excursion de 40° à 45° suffit pour la grande généralité des mouvements journaliers du poignet, et que la flexion ou l'extension extrêmes sont rarement utilisées. Sur les membres réséqués la mobilité est rétablie dans ces limites et s'allie à une grande solidité.

L'autopsie de deux anciens réséqués, morts au bout de 4 ou 5 ans, m'a permis de vérifier la reconstitution entre les extrémités réséquées d'un coussinet ostéo fibreux avec interstices synoviformes, assurant dans de bonnes conditions le fonctionnement de l'articulation.

Autrefois la possibilité d'écrire était donnée comme une preuve décisive du bon résultat fonctionnel, mais ce n'est qu'un trompe l'œil, car on peut écrire avec des doigts roides.

La plupart de mes opérés, non-seulement peuvent fermer la main pour former le poing, mais portent à bras tendu des haltères de 5, 12 et même 18 kilogrammes, tout en faisant exécuter à leur poignet quelques mouvements. Des expériences plus fines montrent que la flexion se rétablit avec la moitié de sa force normale ; un opéré de 1882 fléchit sa main avec une force de 12,500 grammes. Pour le pouce, les mouvements d'abduction et d'extension, seuls menacés par l'opération, se rétablissent aussi très bien.

L'opération en elle-même est toujours délicate en cas d'ankylose, surtout quand le poignet est déformé, ce qui est une indication de plus à l'intervention. Il faut alors sculpter le carpe avec le ciseau et le maillet en procédant avec une grande prudence pour ne faire aucune lésion nerveuse ni artérielle ; on arrive ainsi à découper des branches successives jusqu'à ce qu'un espace suffisant existe entre les

fragments. Il faut savoir à ce propos que chez les rhumatisants qui ont souvent aussi un certain degré d'ankylose tendineuse, on est exposé, en enlevant seulement ce qui est immédiatement utile à la mobilité de la néarthrose, à voir se reproduire secondairement une ankylose qu'on n'évite sûrement qu'en faisant une grande perte de substance osseuse.

Enfin, l'opération faite dans ces conditions, sans fongosités ni lésion tuberculeuse actuelle, doit être absolument apyretique.

Dans le premier cas que j'ai opéré il s'agissait d'une jeune femme qui avait déjà une double ankylose osseuse du coude et à laquelle, sur ses instances, j'ai réséqué le carpe et un centimètre des os de l'avant-bras pour lui permettre de jouer du piano, ce qu'elle fait maintenant facilement. Dans le second, il s'agissait d'une ankylose avec position vicieuse rendant la main absolument impotente. Le résultat fonctionnel a été excellent comme dans le premier cas.

### **Extirpation du larynx pour cancer.**

M. DEMONS (de Bordeaux).—L'extirpation du larynx, pour cancer, a tous les défauts ; elle est délicate, difficile, grave ; elle expose à une récédive rapide ceux qui ne succombent pas à l'opération et laisse aux rares survivants une mutilation difficile à pallier. Aussi n'est-il pas étonnant que nombre de chirurgiens distingués l'aient condamnée, et il convient de citer parmi ceux-ci M. Verneuil.

Je ne viens pas faire l'apologie d'une opération qui a contre elle de pareilles autorités, mais je ne voudrais pas qu'on la repoussât de parti pris, car je suis d'une école chirurgicale qui cherche avant tout la guérison radicale, ne se contentant qu'en cas d'impuissance absolue de soulager et de consoler les malades.

Aussi, tant que la guérison non opératoire du cancer ne sera pas trouvée, je continuerai à la chercher par des opérations, espérant qu'il sera possible de l'obtenir dans quelques cas de cancer du larynx. Le choix ou le refus de l'opération est une question de détermination clinique à résoudre pour chaque cas, et non une question de pathologie générale.

Si la statistique de cette opération est un véritable martyrologe, c'est qu'au début, avant que les indications soient établies rigoureusement, on a opéré dans nombre de cas où il aurait fallu s'abstenir ; la même cause a chargé au début les statistiques de l'hystérectomie vaginale que j'ai contribué à propager en France.

J'ai fait l'opération deux fois dans des conditions absolument différentes, très mauvaises dans le premier cas, favorables, au contraire, dans le second.

Le premier malade était un homme de 44 ans et présentant depuis un an des signes évidents de cancer du larynx. Il portait un épithélioma ayant débuté par l'épiglotte et propagé à la base de la langue et aux parois du pharynx avec engorgements ganglionnaires bilatéraux. La trachéotomie avait été faite d'urgence et le malade réclamait avec instance une opération radicale.

J'enlevai d'abord par une incision transversale sous-hyoïdienne l'épiglotte et la base de la langue, puis par une incision verticale médiane la moitié gauche du larynx. Cet homme resta très bien pendant 9 mois et fut pris à ce moment d'une récurrence sur la base de la langue.

Ce cas était trop défavorable, à cause de l'extension des lésions, pour qu'il puisse être invoqué contre l'opération.

Mon second malade était un homme de 57 ans. Depuis un an, il présentait des symptômes laryngiens, et l'on découvrit sur la corde vocale droite un épithélioma limité.

L'opération radicale suivit encore dans ce cas une trachéotomie d'urgence. Elle fut faite au mois de mai dernier; l'épithélioma était bien limitée au larynx, sans aucune lésion des cartilages ni des ganglions.

Je fis d'abord une incision transversale sous-hyoïdienne du milieu de laquelle je fis descendre une incision transversale s'arrêtant un peu au-dessus de la plaie de la trachéotomie. Je pratiquai alors l'incision verticale du cartilage thyroïde, temps d'une grande importance, qui me permit de constater que le côté gauche était un peu envahi, et de choisir en conséquence l'ablation totale, en conservant le cricoïde que je nivelai seulement en enlevant la partie supérieure de son chaton.

L'opération dura une heure trois quarts et se passa très bien, grâce à la canule de Trendelenburg, renforcée encore par un tamponnement iodoformé. Suites opératoires simples.

Un mois après le malade sortait guéri sans avoir voulu se soumettre au port d'un larynx artificiel dont les premiers essais l'avaient rebuté. Depuis dix mois il va très bien, ne présente aucune trace de récurrence locale ou ganglionnaire, vaque à ses affaires et chuchotte assez distinctement pour se faire entendre de près.

Le diagnostic d'épithélioma lobulé a été confirmé par le microscope.

C'est certainement un fait encourageant, et on ne pourrait rien attendre de pareil de la trachéotomie. Outre que celle-ci est purement palliative et ne donne qu'une survie moyenne de 10 mois, cette survie est misérable, empoisonnée par une foule d'accidents, haleine et crachats fétides, troubles de la déglutition, etc.

Je conclus que l'extirpation du larynx est à rejeter si la marche de l'affection est rapide, s'il s'agit d'un cancer ayant dépassé le larynx et envahi les ganglions.

Si la marche est lente, l'affection bien limitée à cavité du larynx (conditions où, d'après Krishaber, la dégénérescence ganglionnaire est rare et tardive), il y a lieu d'espérer beaucoup de l'opération, car ce sont les meilleures conditions que puisse remplir un épithélioma.

L'opération est grave, mais il s'agit de malades condamnés sans espoir, dont elle est la seule chance de salut, et il faut s'appliquer à bien préciser ses indications.

M. DUPONT (de Lausanne).—J'ai fait, il y a un an et demi, l'extirpation du larynx pour épithélioma à un malade qui vit encore. Mais je veux surtout appeler l'attention sur une modification du manuel opératoire que je crois appelée à rendre de grands services.

Le principal danger de l'opération est l'introduction du sang dans les voies aériennes. On y obvie avec la canule de Trandenburg, mais elle a le grave inconvénient de pouvoir être expulsée au moment d'une quinte de toux.

J'obtiens plus simplement et plus sûrement le même résultat en séparant la trachée de l'œsophage et en la renversant en avant dans l'angle inférieur de la plaie où je la fixe par un point de suture. Par suite de cette nouvelle direction, elle n'est plus dans l'axe de l'extrémité inférieure du larynx, et c'est en arrière d'elle que tombe le sang.

M. MOLLIÈRE (de Lyon) a fait l'extirpation partielle du larynx à un homme de 68 ans, pour un épithélioma de la région arythénoïdienne. Il a excisé le tiers postérieur du larynx et une grande partie d'une des cordes vocales, qu'il a cherché ensuite à reconstituer par la suture. Il a terminé son opération par la suture de l'épiglotte dans la plaie cutanée pour empêcher le passage des aliments dans le larynx.

L'opération a été faite avec la canule de Trandenburg qui a parfaitement fonctionné et a été laissée en place 10 jours, jusqu'à cicatrisation de la plaie. Elle a été mieux supportée qu'une canule ordinaire, à cause de son immobilité et de son élasticité ; le malade n'a été nourri que deux jours avec la sonde œsophagienne et a pu manger seul dès le troisième jour.

Il est sorti guéri au bout d'un mois, parlant d'une voix éraillée, mais très distincte.

M. Mollière insiste sur la facilité extrême de cette opération, qu'il est tout prêt à refaire et qu'il recommande comme M. Demons pour les cancers bien limités.

### **Conduite à suivre dans les blessures par coups de feu dans les cavités viscérales.**

M. CHAUVEL.—Dans les coups de feu, la temporisation et l'intervention ont eu de tout temps leurs partisans également convaincus,

mais l'introduction de l'antisepsie peut modifier les doctrines reçues. Au crâne, à la poitrine, l'infection des plaies, des foyers traumatiques, des cavités séreuses, ne peut guère venir que du dehors ; au ventre, elle vient de la lésion des organes qui versent leurs produits dans le péritoine. De là des accidents variables et des indications thérapeutiques suffisantes.

Pour les coups de feu du ventre par petits projectiles, l'intervention, depuis cent ans, a trouvé des défenseurs dans Thomassin, Dufouart, Baudens, Legouest, Otis, etc., mais leurs préceptes n'ont guère été suivis, et les Américains, en prenant cette méthode, ont pu la croire nouvelle. En France, les opinions sont très partagées, et je suis un des rares partisans de la laparotomie immédiate quand il y a lésion viscérale démontrée par les symptômes ou par l'exploration. C'est cette doctrine que je viens défendre.

Les statistiques générales montrent l'énorme gravité de ces blessures ; l'observation prouve la rareté des guérisons spontanées. Les expériences de M. Reclus, faites sur des chiens purgés et affamés, ne prouvent rien pour les conditions opposées, et l'on doit croire que les lésions par balles de fusil, en raison de leur étendue plus considérable, prédisposent davantage aux épanchements péritonéaux.

Mais, au début, les signes sont souvent très obscurs, l'issue des matières au dehors, les hernies viscérales sont rares ; il faut explorer si l'on ne veut attendre jusqu'à la péritonite. L'hémorrhagie, la péritonite septique étant les grandes causes de mort, quoi de plus naturel que de les prévenir par la ligature du vaisseau, par l'enlèvement des matières septiques ? On reproche à la laparotomie d'être dangereuse, incomplète, inutile. Le danger diminuera avec l'habitude de l'opération, et le chirurgien exercé à l'amphithéâtre sera moins exposé à faire des oublis.

Sur 41 cas de laparotomie, pour coups de feu de l'abdomen par petits projectiles, relevés depuis 1880, on trouve 12 guérisons et 29 morts ; c'est donc près d'un tiers de succès.

Si l'on éliminait les cas où l'opération a été entreprise tardivement, trop tard, la proportion des guérisons serait plus considérable encore.

Le lavage du péritoine conseillé par Nimier ne peut remplacer la laparotomie. Celle-ci doit être faite, en règle générale, sur la ligne médiane et le plus rapidement possible. L'extraction des corps étrangers, la ligature des vaisseaux, la suture de l'intestin avant ou après la résection, le nettoyage de la cavité, l'extirpation de certains organes, suivant les cas, seront pratiquées par l'incision faite à la ligne blanche. Enfin le traitement médical : immobilisation, opium, diète sévère, viendra en aide à l'intervention du chirurgien. On doit donc rejeter l'abstention systématique et opérer au plus tôt.

## Les plaies de l'intestin par les projectiles de guerre.

M. E. DELORME (du Val-de-Grâce).—L'intervention chirurgicale directe dans les blessures de l'intestin par armes de guerre est une opération des plus rationnelles et dont l'utilité est affirmée déjà par un certain nombre de succès. Est-ce à dire qu'à l'heure actuelle elle puisse et doive être rangée parmi les opérations d'urgence de la chirurgie de guerre ? Nous ne le pensons pas.

Lorsqu'un habitant d'une grande ville a, dans une tentative de suicide ou d'homicide, l'abdomen traversé, l'intestin perforé par un projectile, il trouve dans un grand hôpital les conditions les plus favorables pour la réussite du traitement direct que peut nécessiter son état.

Mais combien autre est la situation dans laquelle se présente le soldat blessé sur le champ de bataille ! Sidéré par un choc intense, souvent en état de mort apparente, il a d'abord à attendre, de ce fait, de longues heures avant d'être relevé. Puis, ce ne sera qu'après avoir subi un transport rude et accidenté qu'il recevra les soins d'un chirurgien de l'ambulance.

Cette ambulance n'a rien des dispositifs compliqués et si utiles de la salle d'opération d'un grand hôpital. C'est une installation suffisant à peine pour permettre de faire les opérations expéditives et les plus urgentes de la chirurgie de bataille.

Il ne saurait être question du calme nécessaire à la pratique d'une opération méticuleuse et le plus souvent très longue ; les impressions terribles, les vicissitudes mêmes de la lutte s'y font à tout instant sentir sur tout le personnel ; enfin, le temps presse. Absorbé qu'il est par des centaines de blessés qui réclament des soins dont l'urgence est tout aussi grande et l'utilité moins contestable que celle des soins que demande le blessé frappé d'un coup de feu à l'abdomen, ne serait-il pas presque blâmable le chirurgien qui, dans des conditions si misérables, incompatibles avec le succès, consentirait à aller à la recherche d'un intestin lésé ?

Dans les hôpitaux de campagne, pourrait-il en être autrement ?

Quand ces hôpitaux se rapprochent du champ de bataille, leur encombrement est si rapide qu'on ne saurait songer à y faire autre chose que les opérations d'urgence qu'on pratique dans les ambulances mêmes. Lorsque ces hôpitaux sont dans des conditions plus régulières de fonctionnement, vingt-quatre, quarante-huit heures après la lutte, il est trop tard pour agir.

A en croire Morton les laparotomies jusqu'ici suivies de succès, auraient été faites sept à huit heures seulement après l'accident, et ces opérations se seraient terminées par la mort lorsqu'elles ont été exécutées vingt-trois heures après le traumatisme.

Les conditions de la pratique de la chirurgie en campagne, nous semblent donc limiter ici, dans la plus large mesure, les indications de l'intervention directe et immédiate appliquées aux plaies intestinales. Ce ne pourrait être, à notre sens, que sur les blessés de combats de peu d'importance, rapidement transportés, c'est-à-dire, dans des conditions malheureusement exceptionnelles, qu'il y aurait lieu de recourir à cette opération.

Pour nous résumer nous dirons :

Les blessés qui présentent des plaies de l'intestin par arme de guerre ne se trouvent que très exceptionnellement, en campagne, dans les conditions qui permettent de pratiquer la laparotomie. L'opération est inapplicable dans les ambulances, et quand le blessé est repris par les hôpitaux de campagne, il est trop tard. Dans les conditions propices d'installation et d'état du blessé, nous penserions, jusqu'à plus ample informé, qu'il y a avantage à intervenir, étant donné l'épouvantable mortalité des plaies intestinales, produites par les projectiles, abandonnées à elles-mêmes ou traitées par des moyens médicaux. La principale contre-indication, dans ce dernier cas, est tirée de l'état local, comme par exemple lorsqu'il s'agit de blessures produites par un volumineux éclat d'obus, ou par une balle animée d'une très grande vitesse, la multiplicité des plaies assombrit le pronostic de l'opération sans le contre-indiquer.

### **Contusion de l'abdomen, avec lésion de l'intestin, par les projectiles de guerre.**

M. PONCET (Val-de-Grâce).--Les anciens boulets ronds, agissaient seulement par frôlement, produisaient des épanchements sanguins dans l'abdomen. Plus tard, à partir de 1855, les projectiles à éclats déterminaient des contusions sans ecchymoses des parois, mais cependant des lésions de l'intestin.

M. Poncet a vu, au siège de Strasbourg, des cas dans lesquels la contusion de l'intestin par de gros éclats d'obus n'amenait la perforation qu'au bout de sept ou huit jours, à la suite d'eschares.

Les obus modernes, avec la charge de mélinite, donnent en moyenne cinq à six cents éclats de toute grosseur, criblant et tatouant les personnes voisines du point d'explosion. Ces petits fragments sont hérissés d'aspérités. La vitesse des éclats est telle qu'on les retrouve à 300 mètres en arrière du point d'explosion et à 900 mètres en avant. Il est certain qu'au point d'explosion tout sera détruit : hommes et chevaux seront criblés, anéantis dans un rayon de 50 mètres.

Les balles nouvelles de 7 mill. sur 20, pesant 25 grammes, perforeront aisément l'abdomen ; mais à la fin de leur course elles ne pro-

duiront pas de contusions graves comme les anciennes balles Minié, beaucoup plus lourdes.

Comme conclusions de ces faits, M. Poncet estime qu'avec les projectiles nouveaux : 1° dans les contusions de l'abdomen avec météorisme, la laparatomie doit être faite tout de suite ; 2° lorsqu'il n'y a pas de signes immédiats de perforation, il vaut mieux attendre, débarrasser immédiatement le tube intestinal et donner de l'opium à haute dose.

### **Plaies pénétrantes de l'abdomen par balles de revolver.**

M. RECLUS.—L'existence d'une plaie pénétrante de l'abdomen par balle de revolver est pour les chirurgiens anglais et américains les plus autorisés une indication de laparotomie immédiate. Pour eux, en effet, la perforation intestinale est le corollaire nécessaire de toute plaie pénétrante, et la mort est la conséquence fatale d'une plaie intestinale abandonnée à elle-même.

La première partie de cette proposition peut être acceptée, car une seule fois pour 37, dans mes expériences, une balle a pu traverser l'abdomen sans léser l'intestin, et je ne puis qu'approuver la formule donnée à ce sujet par le professeur Trélat.

Il ne saurait en être ainsi de la seconde partie, et je nie absolument que toute perforation de l'intestin entraîne fatalement la mort.

Comment a pu s'établir cette opinion ? Plusieurs causes peuvent être invoquées pour l'expliquer :

1° La confusion établie entre les plaies par balles de revolver et les plaies par projectiles de guerre, bien autrement graves.

2° Les résultats de l'expérimentation sur le chien. Tous les animaux de Park ont en effet succombé. Mais le chien est dans des conditions bien plus défavorables que l'homme à cause de la brièveté plus grande de son intestin, de sa forte musculature et du volume relativement plus important pour lui d'une balle de revolver, toutes conditions qui favorisent l'épanchement des matières.

Pour rendre les conditions égales, j'ai vidé préalablement l'intestin de mes chiens par une purgation, ce qui m'a permis d'en sauver un bon nombre.

3° Enfin, en vertu de l'axiome établi, on a nié la possibilité de la perforation intestinale dans tous les cas terminés par la guérison.

La guérison est cependant assez fréquente dans ces conditions : le Dr Saint-Laurent, un de mes élèves, a pu en réunir 25 cas dans sa thèse ; mon ami et ancien interne M. Noguéz a pu porter ce nombre à près de 50 et nous aurions facilement pu arriver à 100 en y joignant les faits de plaie par arme blanche. Dans tous ces cas, la perforation

n'a été admise qu'en s'appuyant sur un signe pathognomonique : issue de matières fécales par la plaie, hématomène immédiate, mélanha ou expulsion précoce du projectile par l'anus. J'ajouterai, en outre, dans un mémoire en préparation plusieurs observations personnelles ou inédites de MM. Quénu, Ferraton et Noguéz.

La physiologie pathologique explique d'ailleurs parfaitement la possibilité de ces guérisons.

Trois causes principales amènent la mort après ces blessures : l'hémorragie par une ouverture d'un gros vaisseau, le choc et la péritonite par épanchement stercoral. Contre les deux premières il y a peu de choses à tenter, mais la troisième, de beaucoup plus fréquente, peut être évitée sans intervention.

La nature y obvie par plusieurs mécanismes :

A. Tantôt par la formation d'un bouchon muqueux qui obture la perforation—fait avancé par Travers et nié depuis, mais dont j'ai vérifié la réalité dans plusieurs de mes expériences ;

B. Tantôt par un mécanisme bizarre, par une simple contraction de la tunique musculaire qui efface comme l'orifice d'une bourse l'ouverture intestinale ;

C. Tantôt enfin, et c'est de beaucoup le mécanisme le plus habituel, par la formation rapide d'adhérences avec une anse voisine, soit avec le péritoine pariétal.

Du reste, la réalité de cette occlusion a été vérifiée sur l'homme même, et dans 9 des cas de la thèse de Barna, la laparotomie faite, un certain nombre d'heures après l'accident, n'a permis de constater aucune trace d'épanchement stercoral.

De ces faits et de ces expériences est résultée pour moi la ligne de conduite suivante :

1° Compression énergique sur le ventre, comme après les laparotomies, pour empêcher l'épanchement stercoral ou sanguin ;

2° Administration de l'opium et diète rigoureuse, en donnant seulement un peu de lait glacé de quart en quart d'heure pour tromper la soif ;

3° C'est seulement si ces précautions n'empêchent pas le développement de la péritonite, qu'on est autorisé, à mon avis, à recourir à la laparotomie.

La laparotomie est, en effet, dans ces conditions, particulièrement grave ; elle nécessite des manipulations de l'intestin et des manœuvres prolongées dont la valeur pronostique est bien connue. En outre, la suture de l'intestin expose au rétrécissement de sa lumière, contrairement aux guérisons spontanées qui lui conservent son calibre.

M. TRÉLAT.—J'ai écouté avec grand intérêt les communications de nos confrères de l'armée et de M. Reclus.

Les premières ont un haut intérêt ; elles nous donnent les indications de la chirurgie de l'avenir, d'un avenir peut-être rapproché ; mais je n'insiste pas sur ce sujet tout spécial, et je me borne à répondre à M. Reclus.

Personnellement, je me suis trouvé deux fois en présence de la question d'intervention dans les conditions qui nous occupent, pour un malade de mon service et pour un petit malade de la ville que j'ai vu avec M. Pozzi.

Je ne rentrerai pas dans le détail de ces observations déjà publiées et suffisamment connues. Je dirai seulement que le premier blessé était un type d'innocuité apparente de l'accident au début — puisqu'il s'est rendu à pied à l'hôpital—suivi de l'évolution violente et rapide des phénomènes graves qui n'ont permis qu'une intervention trop tardive. L'autopsie a montré qu'une intervention plus précoce aurait dû être efficace.

Chez le second, le projectile avait suivi la direction transversale, dont M. Delorme vient de signaler la gravité au point de vue de la multiplicité des lésions. L'abstention n'aurait, il est vrai, pas modifié le résultat final, puisqu'il a rapidement succombé ; mais les constatations faites à l'autopsie auraient permis d'accuser les chirurgiens, car les accidents étaient sous la dépendance d'orifices multiples, béants et abordables dont l'occlusion s'imposait comme une indication indiscutable.

Ce qui rend le progrès difficile sur cette question, c'est la rareté des faits de ce genre, et la rareté encore plus grande des occasions d'intervention immédiate ou d'autopsie démonstrative. Je ne parle que des cas *civils*, sans m'occuper, comme je l'ai dit, des blessures de guerre.

Aussi je comprends le doute des chirurgiens qui n'ont pas à ce sujet d'expérience personnelle et leur hésitation entre ce dilemme d'une intervention inutile et immédiatement mortelle ou d'une abstention non moins meurtrière.

Une autre cause d'embarras naît des observations de guérison spontanée que rapporte M. Reclus. C'est une discussion qui ne peut aboutir à une solution, car je me refuse à voir dans les symptômes qu'il invoque un signe de certitude d'une lésion de l'intestin grêle.

Il faut, en effet, distinguer avec soin les faits d'ouverture de l'intestin grêle, fatalement mortels ou peu s'en faut, des faits d'ouverture de l'estomac et des portions fixes du gros intestin dont on possède des exemples de guérison indiscutables.

Parmi les modes de guérison spontanée qu'invoque M. Reclus, la formation d'adhérences est possible, mais c'est surtout pour l'estomac et les portions fixes du gros intestin qu'on l'a observée. Quant au bouchon muvueux, M. Reclus l'a constaté chez le chien dont l'intestin a une disposition différente de celle de l'homme, comme il le dit lui-même. Je ne puis l'accepter chez l'homme par analogie. Park, Gross, en nient la possibilité, et moi-même j'ai toujours vu aux plaies intestinales des bords renversés tout à fait semblables à la figure du travail de MacCormac. Ces orifices peuvent être rétrécis par hernie de la muqueuse mais non suffisamment oblitérés pour former une barrière suffisante à l'issue des matières.

En somme, il y a deux doctrines que je combats absolument, celle de l'abstention opératoire qui est condamnée par les 6 ou 7 exemples de guérison incontestablement dus à l'intervention, et celle de l'expectation, jusqu'à ce qu'il y ait une péritonite confirmée. Je préfère encore l'abstention systématique à ce simulacre d'opération propre à déconsidérer la chirurgie, qui se ferait sur un homme irrémédiablement perdu. La conduite de M. Reclus est intermédiaire à celle-ci et peut être défendue ; je pense cependant qu'il ne fait pas une assez large part à l'intervention.

Sans avoir de l'enthousiasme pour la laparotomie, bien difficilement possible sur le champ de bataille et très grave même dans les meilleures conditions, sans vouloir la faire quand même et toujours, je la crois nécessaire dès qu'un phénomène quelconque permet de prévoir un épanchement stercoral.

Ces phénomènes peuvent être immédiats : issue de matières fécales, météorisme immédiat considérable, collapsus progressif indiquant une hémorragie, car un certain nombre de ces hémorragies peuvent être tarées par l'intervention.

S'il n'y a pas de symptômes graves immédiats comme dans mon premier cas, il faut rester à l'affût, pour ainsi dire, de l'épanchement stercoral et se mettre en mesure d'intervenir au moindre soupçon de péritonite. Il n'y a que des avantages à appliquer à ces cas le traitement médical qu'indique M. Reclus, mais il ne faut pas s'y fier exclusivement.

Les insuccès, malgré tout, resteront le plus grand nombre, presque la règle. Mais cela ne doit pas décourager les chirurgiens et il faut agir dans tous les cas qui présentent l'indication opératoire pour ne pas laisser échapper les cas, si peu nombreux qu'ils soient qui restent justiciables de nos moyens d'action.

M. LABBÉ.—M. Trélat vient de signaler la pénurie des observations complètes ; j'ai eu occasion en février 1887 d'en recueillir une qui comporte de précieux enseignements.

Il s'agissait d'un homme de 29 ans, d'une classe très élevée, mais alcoolique et morphinomane, qui se tira une balle de revolver de 9 millimètres dans l'abdomen, en dirigeant le coup de haut en bas, dans une propriété des environs de Paris. Il était 6 heures du soir ; ses domestiques le trouvèrent presque mort, et je le vis deux heures plus tard. Presque sans pouls, froid, ayant déjà eu plusieurs syncopes, il paraissait irrémédiablement perdu ; quelques injections d'éther l'avaient cependant un peu remonté. En outre il était absolument nécessaire de le transporter immédiatement à Paris. Le trajet de 4 kilomètres se fit sur un brancard ; il arriva à minuit avec une température 36°, 1, dans un état tel qu'il ne pouvait être question d'une intervention immédiate.

Surveillé de près pendant la nuit, il eut des douleurs très vives, quelques vomissements verdâtres et se réchauffa un peu. Le matin, sa résistance paraissait meilleure ; le ballonnement du ventre annonçait un début de péritonite, et je l'opérai quatorze heures après l'accident.

Immédiatement après l'incision de la paroi abdominale, il sortit un flot de sang (1,500 grammes), et en déroulant l'intestin grêle à partir du cœcum, je trouvai sur la partie moyenne de l'iléon quatre doubles perforations assez rapprochées, et plus haut une cinquième ; outre ces cinq plaies intestinales, le mésentère était perforé en un point, qui était la source de l'hémorrhagie. Je fermai les plaies par une suture de Lembert ; je nettoyai le péritoine, plein de matières fécales, avec des éponges et une très abondante injection d'eau bouillie, et je refermai le ventre sans difficulté.

Après cette opération, qui avait duré 1 h. 10, le malade se réchauffa un peu, manifesta un certain bien-être, mais mourut cependant dans la nuit, vingt heures après l'intervention.

L'hémorrhagie et le nombre des perforations (à rapprocher de la direction du coup de feu) rendaient le cas presque désespéré. Ce cas peut servir à démontrer la nécessité d'une intervention rapide, contrairement à la doctrine de M. Reclus, car quatorze heures avaient suffi pour qu'il y eût de la rougeur au péritoine et des exsudations à sa surface.

Je pense que la probabilité d'une perforation intestinale suffit à justifier une laparotomie exploratrice, dont la gravité n'est pas telle qu'on l'a prétendu.

Il ne faut pas attacher une importance exagérée aux melæna et à l'hématémèse qui ont fait défaut dans mon observation : des douleurs très violentes, surtout localisées, des nausées, un début de météorisme, suffisent pour imposer l'intervention.

### **Coups de feu du crâne pendant l'expédition du Tonkin.**

M. NIMIER (du Val de Grâce).—De l'étude des blessés qui ont reçu des coups de feu dans la boîte crânienne pendant l'expédition du Tonkin, il résulte que la plupart des décès ont été causés soit par l'irritation exercée sur le cerveau par le projectile, les esquilles, le sang, etc., soit par l'infection de la plaie. C'est surtout chez les blessés où l'on est intervenu pour supprimer ces causes de complication que la guérison a été obtenue.

Dans ces conditions, voici la conduite que propose l'auteur dans les cas de blessure du crâne par armes de guerre.

Raser et nettoyer le cuir chevelu ; abraser les parties molles broyées sur les bords de la solution de continuité, la débrider, s'il est nécessaire, pour relever ou extraire les esquilles, enlever les corps étrangers et le projectile apparents, laver avec une solution antiseptique, puis placer un pansement occlusif antiseptique. S'il y a hernie du cerveau, comme chez un de nos blessés qui a guéri, la conduite du chirurgien sera la même, le pansement sera légèrement compressif. Si la balle s'est perdue dans la cavité crânienne, dans quelques cas exceptionnels l'irritation locale qu'elle détermine provoquera un complexus clinique, symptomatique du siège qu'elle occupe ; l'intervention devient alors une affaire de science diagnostique et aussi de hardiesse. Pour le traitement de la méningo-encéphalite, les chirurgiens n'ont pas encore tenté le procédé de la méthode antiseptique qu'ils préconisent dans le cas de péritonite : l'ouverture large de la séreuse et sa toilette. C'est là un point à étudier.

### **Septicémie intestino-péritonéale, suite de plaies de l'intestin.**

M. VERCHÈRE (de Paris).—Les accidents les plus connus, à la suite des plaies de l'intestin par arme à feu, sont l'hémorragie et la péritonite.

A côté de ces complications il en est une autre, moins connue, désignée sous le nom de péritonite latente par Jobert Travers et qui se caractérise de la façon suivante :

Un shock plus ou moins marqué au moment de l'accident et un faciès abdominal pourront être les seuls symptômes jusqu'à la mort ; le pouls est rapide 120, 140, avec une température normale 35,5 ou au-dessous.

Cette dissociation est absolument caractéristique. La température n'atteint brusquement 40° que le jour de la mort. Ballonnement du ventre et météorisme, puis, signe capital, indolence absolue de l'abdo-

men que l'on peut malaxer, percuter sans provoquer la moindre douleur, et qui persiste jusqu'à la mort du blessé. Vomissements bilieux, ou fécaloïdes. Constipation absolue. Anorexie, soif vive. La durée est d'ordinaire 8, 9, 10 jours, rarement le blessé meurt avant le sixième jour.

L'autopsie affirme les différences avec la péritonite classique : pas de pus, pas d'adhérences, pas de matières fécales dans le péritoine, parfois un peu d'épanchement séro-sanguin. C'est le même tableau clinique et anatomique que l'on rencontre dans la hernie étranglée ou dans l'étranglement interne.

Partant des effets pour remonter aux causes, j'ai pensé que cette même symptomatologie est amenée par le même poison, et que c'est au poison intestinal qu'est due cette septicémie. Les gaz passent par une perforation qui ne laissent pas sortir les matières solides ou liquides et l'intoxication a lieu aidée par la paralysie intestinale.

Une intervention hâtive, précoce, j'oserais presque dire avec les Américains exploratrice, peut seule permettre d'oblitérer par la suture de l'intestin l'orifice intestinal par où s'échappent les gaz. Si l'on se contente d'attendre les symptômes à grands fracas de la péritonite franche, on risque fort dans les cas que j'envisage de n'avoir à aucun moment l'occasion d'intervenir. Le blessé meurt sournoisement avant d'avoir présenté les symptômes graves que l'on attend.

Mais, après la laparotomie faite, la paralysie intestinale persiste, et, comme dans un cas de MM. Trélat et Pozzi, la mort peut survenir par le fait même de cette parésie. C'est alors qu'on pourra avoir recours aux procédés recommandés par les auteurs qui se sont occupés des pseudo-étranglements (c'est en effet à un pseudo-étranglement traumatique que l'on a affaire) c'est-à-dire aux lavages de l'estomac, aux lavements purgatifs, à l'électrisation intestinale et surtout à l'antiseptie intestinale telle que le recommande M. Bouchard.

M. CHAVASSE.—La chirurgie abdominale doit être différente sur le champ de bataille de ce qu'elle est dans les hôpitaux. En particulier, il vaut mieux, lorsqu'il s'agit d'une plaie intestinale, s'abstenir que de pratiquer la laparotomie et la suture intestinale. Dans les blessures du foie amenant une hémorrhagie plus ou moins grave, il est préférable de faire un simple tamponnement antiseptique que de chercher à lier les vaisseaux qui donnent du sang.

M. CASTEX (de Paris) apporte quatre observations de coups de feu à la tête par balles de révolver (dont deux pénétrant), où la guérison a été obtenue sans intervention active primitive.

Dans le premier cas, la pénétration de la balle fut suivie d'issue de matière cérébrale.

Conclusion : s'abstenir de prime-abord dans les coups de feu à la tête ; désinfection de la plaie. Intervention tardive appropriée quand une indication particulière surgit.

### De la cholécystectomie.

M. THIRIAR (de Bruxelles). — Lors de la première session de ce Congrès, j'ai relaté des opérations d'ablation de la vésicule biliaire. Mes trois opérés se portent très bien aujourd'hui : ils sont totalement délivrés de leurs coliques hépatiques.

J'ai fait dernièrement une laparotomie pour calculs biliaires disséminés dans la cavité péritonéale. L'observation a été présentée à la Société de chirurgie (1).

Enfin j'ai pratiqué l'extirpation de la vésicule du fiel en juillet 1887 chez une dame de 30 ans, qui souffrait depuis six ans de coliques hépatiques atroces que rien ne pouvait calmer. La vésicule ne renfermait pas de calculs, mais elle était englobée dans une espèce de manchon formé par le foie et le duodénum, auquel elle adhéraient intimement. La dissection fut très laborieuse et le duodénum fut même privé en certaines places de sa tunique séreuse. La vésicule finit cependant par être séparée et extraite.

La guérison fut rapide. Les coliques qui antérieurement survenaient tous les quinze jours ont totalement disparues ; la guérison est complète.

Ces succès démontrent que la cholécystectomie n'est pas bien dangereuse, et je la préfère de beaucoup à la cholécystotomie. Un de mes internes, le docteur Depage a réuni tous les cas de ces deux opérations :

Sur 6 cas de cholécystotomie opérés d'après le procédé de Sp. Wells, il y a eu 3 morts, soit 50 % et une récurrence.

Sur 72 cas de cholécystotomie ordinaire, c'est-à-dire avec suture de la vésicule à la paroi abdominale, il y a eu 13 morts, soit 18,05 % de décès.

59 opérés ont survécu. Sur ce nombre, il y a eu une récurrence, et 23 ont conservé une fistule persistante. Il y a donc eu seulement 35 guérisons radicales ; ce qui fait 48,6 % de succès complets.

Nous connaissons 22 cas de cystectomie, dont 3 morts après l'opération, soit 13,65 %. De ces trois insuccès attribués à l'opération, l'un est dû à une tumeur du cerveau ; un deuxième décès est dû à une perforation du canal cystique par un calcul. Quant au troisième, il y avait

---

(1) Voir *Bulletin médical*, 1887, p. 1309.

deux calculs dans le cholédoque, l'un fut refoulé et l'autre fut écrasé, d'après le procédé de Lawson Tait.

En résumé, en écartant le premier cas, la cholécystectomie donne une létalité de 9,99 0/0 seulement. En outre, tous les opérés ont été guéris radicalement.

En présence de ces résultats, je crois qu'il faut intervenir sans hésitation dans le cas de coliques biliaires graves, que rien ne peut calmer. Ces coliques mettent la vie en danger. En trois ans, j'ai pu réunir 8 cas de mort par suite de ces coliques. Un de ces cas m'a surtout impressionné. Il s'agissait d'un homme que je devais opérer en avril 1886. Je remis l'opération pour venir assister au Congrès de chirurgie. En mon absence, il eut une crise hépatique épouvantable qui fut suivie d'ictère et il ne tarda pas à succomber. Un calcul était venu s'enclaver dans le canal cholédoque.

Je me suis aussi demandé s'il n'existait pas de vésicule irritable au même titre qu'il existe des vessies douloureuses et irritables. Dans ce cas, un petit calcul, un peu de mucus peut déterminer des coliques hépatiques très fortes, et on ne retrouve aucune pierre dans les selles. Contre la cystite douloureuse, on fait aujourd'hui couramment la cystotomie sus-pubienne ou périnéale et il est probable que si on pouvait enlever la vessie sans inconvénient, on aurait eu recours à cette ablation pour remédier à ces douleurs parfois si intenses.

La vésicule biliaire ne sert à rien dans l'économie, on peut l'enlever sans inconvénient et, si l'on parvenait à démontrer l'existence des cholécystites douloureuses, de vésicules irritables, les indications de la cholécystectomie s'étendraient singulièrement ; il faudrait, en raison de son innocuité, y avoir recours pour remédier aux crises douloureuses dont le point de départ serait l'irritabilité de la vésicule biliaire.

### **Des kystes dermoïdes de la fontanelle antérieure.**

M. LANNELONGUE (de Paris). — L'histoire de ces kystes n'a jamais été faite ; cela explique les hésitations et les incertitudes des chirurgiens qui ont rencontré cette affection. En effet, dans aucun des dix cas publiés antérieurement, le diagnostic n'a été établi d'emblée : on a dû recourir à des fonctions et à des incisions pour faire cesser le doute. Parfois encore, les chirurgiens, croyant à une méningocèle, ont tâtonné et se sont égarés au point que des complications graves et même mortelles ont suivi leur intervention.

Les kystes dermoïdes de la fontanelle antérieure sont assez rares, puisque je n'ai pu en réunir que douze observations, dont deux personnelles. Dans ces deux cas, j'ai établi le diagnostic d'une manière exacte, ce qui a présenté un véritable intérêt dans le deuxième fait, où la

transparence de la tumeur avait trompé tous ceux qui l'avaient examinée.

La tumeur occupe la grande fontanelle chez les jeunes enfants et plus tard les parties osseuses voisines du bregma. De forme sphérique, largement appliquée à la surface du crâne, elle est nettement fluctuante. Dans trois cas on l'a même trouvée transparente : ni souffle, ni battements ; cependant, à une période rapprochée de la naissance, certaines tumeurs ont présenté des battements.

La tumeur est irréductible, et n'est modifiée ni par les efforts, ni par la position déclive de la tête.

À sa surface la peau est normale et mobile.

Profondément elle est adhérente à la paroi crânienne qui l'anchâsse dans un relief osseux.

Ces kystes n'ont jamais été observés à la naissance, mais seulement quelques jours après ; on les a vus chez les vieillards, mais leur existence est toujours constatée dans les deux ou trois premières années.

Gros d'abord comme une noisette, ils s'accroissent par poussées jusqu'à acquérir le volume d'un œuf et du poing.

Le diagnostic est difficile, surtout lorsque la tumeur est transparente. Mais on éloignera l'idée d'une méningocèle, sachant que le kyste est irréductible et que la méningocèle n'existe pas à la région fontanelle antérieure, en dehors des cas tératologiques.

La ponction n'est pas indispensable au diagnostic ; parfois même elle ne peut renseigner, attendu que le liquide ressemble parfois complètement au liquide céphalo-rachidien : témoin un cas de Giraldès.

La dissection de la tumeur laisse voir à sa face profonde la paroi crânienne et la fontanelle qui ne s'oblitère jamais complètement.

Rien de particulier au point de vue de la structure ; c'est celle des dermoïdes ; mais le contenu parfois limpide, privé d'albumine et riche en chlorure de sodium, mérite d'être signalé.

Ces kystes, comme ceux des autres régions, ont pour origine l'enclavement d'un îlot ectodermique dans l'épaisseur du feuillet vasculaire à la période du développement embryonnaire. Il importe de faire observer la situation médiane de ces kystes, de même que ceux qui ont été observés au niveau de la glabelle. On trouve, en effet, une circonstance favorable à l'enclavement de l'ectoderme dans la soudure des deux lèvres de la gouttière embryonnaire dorsale, au fond de laquelle se développe le système nerveux central.

Cherchant à expliquer aussi pourquoi les kystes dermoïdes de la voûte du crâne siègent plutôt au niveau du bregma, de la glabelle, du lambda que sur les autres points de la ligne médiane, j'ai été conduit à penser que les îlots ectodermiques enclavés peuvent être déplacés

et repoussés par l'ossification des os crâniens ; ils sont ainsi reportés vers les espaces fontaneillaires. La preuve en est donnée par une observation que j'ai déjà publié (Kystes congénitaux, p. 191). Il s'agissait d'un kyste dermoïde intra-cranien qui adhérait à la face interne du crâne. On trouvait une adhérence de la peau aux os du crâne, sur la ligne médiane, rappelant la continuité qui avait existé à la période embryonnaire entre la poche intra-cranieuse et le tégument. Cependant l'adhérence cutanée n'était pas au niveau de l'adhérence interne ; bien que médianes toutes deux, elles se trouvaient à plus d'un centimètre l'une de l'autre ; l'ossification qui avait donc rompu la continuité et les deux adhérences ne se trouvaient plus sur la même ligne.

Le *seul traitement* est l'extirpation complète de la tumeur ; l'opération faite avec les précautions convenables est sans danger, même pour les jeunes enfants de 8 à 10 mois ; la fontanelle n'est pas ossifiée en totalité dans tous ces cas, et parfois ne s'ossifie jamais, mais cette particularité ne crée aucun danger pour l'intervention.

M. OLLIER (de Lyon).—J'ai observé trois cas de kystes dermoïdes de la fontanelle antérieure.

L'un d'eux est particulièrement curieux. Il s'agissait d'un homme de 34 ans, qui avait vu débiter la tumeur peu après sa naissance et entré à l'hôpital pour l'inflammation dont cette tumeur était devenue le siège. J'incisai l'abcès et je constatai que le fond de la cavité purulente n'était séparé que par une mince membrane de la cavité crânienne. En outre, ce fond était recouvert de poils.

En raison de l'état inflammatoire, je préférerais de ne pas réséquer le fond de ce kyste, espérant en outre que les poils qui le couvraient grandiraient comme les cheveux.

En effet, cinq ou six ans après, cette prévision était réalisée.

Ce cas mérite d'être cité à titre de curiosité, mais il vaut mieux, en règle, faire une résection complète.

Celle-ci n'était pas sans danger autrefois, et dans un autre de ces cas, après l'extirpation complète, j'ai vu mourir un malade de méningo-encéphalite consécutive à un érysipèle. Ceci se passait vers 1874 ; on n'a plus à craindre aujourd'hui ces accidents avec l'antisepsie.

### **Résection du squelette pour remédier à des pertes de substance des parties molles.**

M. E. KIRMISSON (de Paris).—Un mémoire de M. Martel (de St-Malo), a appelé, il y a deux ans, l'attention de l'Académie de médecine sur ce sujet. Deux fois j'ai eu l'occasion de pratiquer ce genre d'opération.

Ma première opération est relative à une femme de 35 ans, épileptique, qui s'était fait des blessures graves des deux avant-bras. Il en était résulté à gauche une flexion à angle droit de la main sur l'avant-bras, une véritable main-bote, privant complètement la malade de l'usage de ce membre.

Le 11 mai 1887, je fis l'opération suivante : j'excisai aussi complètement que possible le tissu cicatriciel de la région antéro-inférieure de l'avant-bras ; puis je cherchai à opérer le redressement de la main, mais, dans ce mouvement, il restait à la partie antéro-inférieure de l'avant-bras une large perte de substance cutanée qui n'aurait pu arriver à se combler sans reproduire la difformité primitive. Je réséquai trois centimètres environ du radius et du cubitus, à peu de distance au-dessus du carpe. La consolidation osseuse ne se fit point, et, le 7 octobre 1887, je pratiquai la suture des deux bouts du radius.

La guérison eut lieu par première intention, et vers la fin de décembre, la consolidation osseuse était complète.

La malade qui conserve le fil d'argent de la suture, enkysté dans les tissus, possède aujourd'hui un membre utile, dont la forme se rapproche beaucoup de l'état normal, bien qu'il existe encore un certain degré de flexion de la main sur l'avant-bras.

Mon second fait a trait à un homme de 40 ans, chez lequel une brûlure grave de la jambe droite avait déterminé un pied bot équin varus, et une ulcération permanente au-devant de la malléole externe. le 5 septembre 1887, j'ai pratiqué chez lui la résection tibio-tarsienne, avec conservation de la malléole externe. La guérison se produisit après une suppuration légère ; aujourd'hui le malade se lève et commence à s'appuyer sur le membre opéré. L'ulcère des parties molles est cicatrisé. La position du pied sur la jambe est bonne ; le raccourcissement mesure environ 4 centimètres.

Aux deux faits qui me sont personnels, il faut joindre le cas de M. Martel que j'ai déjà rappelé, et des observations analogues de Jasinski, Joseph Bell et Hamilton ; il y a là une méthode nouvelle, capable de rendre aux chirurgiens et aux malades de réels services.

(A CONTINUER).

## ANESTHÉSIE GÉNÉRALE.

### Des accidents de la chloroformisation.

Les accidents ou mieux les incidents sont assez fréquents pendant la chloroformisation. Tantôt la respiration semble s'arrêter comme si le malade se refusait à respirer, tantôt des nausées ou des vomisse-

ments se déclarent, tantôt le pouls faiblit ou devient irrégulier ; ces phénomènes peu graves cèdent facilement ou causent plus d'ennui que d'inquiétude. Il n'en est plus de même des véritables accidents, presque toujours rapidement mortels. J'ai dit ce qu'il y avait à faire dans le cas des spasmes de la glotte, de rétrocession de la langue ; que peut-on faire dans les cas de syncope cardiaque ou respiratoire ?

*La respiration artificielle* par les mouvements imprimés au thorax suivant les méthodes de Marshall Hall, Silvester, Max Schüller peut être utile et a quelquefois réussi ; mais la respiration bouche à bouche est certainement préférable. Conferron en 1849, Roser en 1856, Ricord en 1850 et 1853, beaucoup d'autres depuis lui ont dû la résurrection de leurs malades.

*Le renversement la tête en bas* n'est utile que dans la syncope cardiaque, elle a réussi d'abord à Nélaton, à Holmes (de Chicago). Chez le malade de Holmes, les accidents reparurent quand on remit le malade dans la position horizontale ; il fallut revenir au renversement qui fut suivi d'un succès complet. C'est le moyen qu'il faut employer tout d'abord, mais il faut simultanément ou le plus tôt possible employer la respiration artificielle, la faradisation.

*L'électrisation* énergique a procuré d'assez nombreux succès, aussi est-il prudent d'avoir toujours à la portée de la main un appareil à faradisation.

Après avoir pratiqué la respiration artificielle pendant vingt minutes, T. H. Thomas (de Philadelphie) appliqua les deux pôles d'une batterie galvanique au cou et dans les régions intercostale et diaphragmatique. Les muscles se contractèrent, les paupières s'ouvrirent, et en dix minutes tout danger disparut. Thomas paraît avoir employé les courants galvaniques. Le plus souvent on eut recours à la faradisation. Friedberg extirpait une tumeur de la paupière, chez un enfant de quatre ans ; une syncope chloroformique étant survenue on essaya, mais sans résultat, la respiration artificielle, on employa alors la faradisation avec l'appareil de du Bois-Raymond, en employant un des pôles au niveau du nerf phrénique au cou, l'autre au niveau du septième espace intercostal. Dix fois on établit et l'on interrompit le courant ; à la troisième interruption, il eut une inspiration profonde, spontanée, suivie de plusieurs autres ; on continua également la respiration artificielle, et vingt minutes après l'apparition des accidents la connaissance était complète. Dantzel (de Hambourg) en 1866 réussit de même par les mêmes moyens. J'y ai eu recours dans un cas mortel dont je fus témoin, et si le succès ne couronna pas mes efforts, je pus voir que la faradisation énergique est le moyen qui peut le mieux faire espérer le succès. La respiration artificielle n'amena aucune inspiration

spontanée, tandis que la faradisation en provoqua à chaque application des rhéophores ; mais après une quinzaine d'inspirations de plus en plus faibles, l'électricité elle-même resta sans effet.

On a souvent, jusqu'à ces dernières années, confondu la syncope cardiaque, qui se traduit par l'arrêt des battements du cœur, avec la syncope respiratoire dans laquelle le cœur bat encore quelque peu, bien que la respiration soit complètement arrêtée. La faradisation peut être utile dans la syncope cardiaque, mais elle est à coup sûr très utile dans la syncope respiratoire. Chez une petite fille que j'opérais à l'Hôtel-Dieu une syncope respiratoire paraissait avoir amené la mort ; le renversement la tête en bas, la respiration artificielle n'avaient rien produit, aussitôt la faradisation employée, en appliquant un des excitateurs à la base du cou, l'autre à l'épigastre, la respiration revint, d'abord irrégulière et sous l'influence manifeste du courant, puis elle se régularisa, devint spontanée, la vie reparut et l'opération put être achevée heureusement.

En résumé, en présence d'accidents pendant l'anesthésie, les indications varient suivant la période et la nature des accidents. Si le malade respire mal, il faut exciter la respiration en promenant rudement les doigts le long des côtes, en comprimant la poitrine, ou par quelques fustigations, qu'il faut bien se garder de faire dans le creux épigastrique ou sur l'abdomen. Si la respiration devient stertoreuse, il faut ouvrir la bouche, tirer la langue au dehors, ou avec une spatule, un manche de cuiller, déprimer la base de la langue. S'il y a syncope avec arrêt du cœur, il faut de suite renverser le malade la tête en position déclive, pratiquer la respiration artificielle, de préférence de bouche à bouche et recourir à la faradisation. Ce dernier moyen est celui auquel il faut absolument avoir recours dans la syncope respiratoire. Mais comme il ne faut pas perdre une seule minute, il est prudent, je le répète, d'avoir toujours avec soi, tout prêt à fonctionner, un appareil à faradisation. MM. Onimus et Legros ont préconisé les courants constants ; on conçoit qu'alors qu'il s'agit de syncope, nous n'accordions que peu de valeur à des expériences faites sur des lapins ou des chiens chez lesquels on n'amène des accidents qu'en forçant la dose ou la durée de la chloroformisation.

### **Anesthésie locale.**

Les dangers de l'anesthésie générale ont engagé les chirurgiens à chercher les moyens d'insensibiliser seulement les parties qui devaient être le siège de l'opération. Les douches d'acide carbonique, utilisées surtout pour calmer les douleurs qui accompagnent certains ulcères, soit des membres, soit du col de l'utérus, l'électricité employée pen-

dant quelques temps par les dentistes pour l'avulsion des dents, sont tombés dans un oubli mérité. Les deux moyens dont on fait surtout usage sont l'anesthésie locale par les mélanges réfrigérants ou par la pulvérisation de l'éther sulfurique.

### **Anesthésie par le froid.**

1<sup>o</sup> *Mélanges réfrigérants.*—L'idée de l'emploi de la glace, pour amener l'insensibilité des parties, paraît due à James Arnott (de Brighton), qui le mit en pratique en France dans le service de Velpeau. On fait usage d'un mélange de deux parties de glace grossièrement pulvérisée et d'une partie de sel marin, renfermé dans un sachet de mousseline ou de linge très clair, afin de permettre l'écoulement de l'eau de fusion. A. Richard a proposé d'y ajouter un cinquième de sel ammoniac. Après quelques minutes d'application, surtout si l'on a eu le soin de presser le sachet sur la peau, celle-ci a pris une coloration blanche, et elle est devenue froide, ridée, dure et sonore ; on la taille alors comme on le ferait d'un morceau de bois tendre. Si le refroidissement est complet, il n'y a ni douleur, ni écoulement de sang, mais la douleur qui a existé au moment de la congélation reparait à l'état de cuisson très vive au moment où la vie revient dans la partie. Malgré cet inconvénient, l'application du mélange réfrigérant est très utile quand il s'agit d'une région facile à congeler et d'une opération très douloureuse comme celle de l'avulsion de l'ongle. On a craint que la réaction n'amenât une vive inflammation et même la gangrène : l'événement n'a pas justifié ces craintes.

2<sup>o</sup> *Pulvérisation d'éther.*—Simpson (d'Edimbourg) et après lui Hardy (de Dublin) cherchèrent à provoquer l'anesthésie locale en projetant sur la peau ou les parties malades des vapeurs d'éther. L'effet fut peu marqué et le résultat peu constant. En France, Guérard modifia le procédé en projetant l'éther en nature et en activant son évaporation par un courant d'air violent. C'était revenir à l'anesthésie par le froid, l'éther n'agissant que par sa très grande volatilité. Richet emploie utilement ce moyen en laissant tomber goutte à goutte de l'éther sur la peau pendant qu'on projette de l'air au moyen d'un soufflet. Cependant ces procédés ne prirent que peu d'extension jusqu'au jour où Richardson fit connaître son appareil qui n'est autre chose qu'un pulvérisateur. Cet appareil se compose d'un flacon dans lequel arrive un tube qui plonge dans l'éther et va s'ouvrir près de l'orifice conique d'où l'on voit sortir le jet de liquide pulvérisé. Une poire de caoutchouc munie d'une soupape, sert à pousser de l'air dans le flacon et dans le tube qui le surmonte. La pression de l'air, rendue constante par l'interposition d'une ampoule de caoutchouc entourée d'un filet

qui limite son extensibilité, fait monter l'éther dans le tube intérieur, et, près de l'orifice de sortie, cet air se mélange à l'éther qu'il projette sous forme de poussière. Si l'on se sert d'éther à 40°, connue aujourd'hui en médecine sous le nom d'*éther anesthésique*, on obtient un refroidissement assez grand pour pouvoir pratiquer sans douleur de petites incisions, des ouvertures d'abcès. Cependant l'anesthésie locale par l'éther ne porte son action que sur les parties superficielles, ce qui en restreint beaucoup l'utilité. L'action des mélanges réfrigérants est plus profonde, et ils doivent être préférés quand il s'agit de l'avulsion d'un ongle, d'une exostose sous-unguéale, d'opérations dans lesquelles le bistouri doit dépasser les limites de la peau.

3° *Pulvérisation de sulfure de carbone*.—Le sulfure de carbone a été proposé comme donnant un refroidissement plus rapide et plus complet que celui qu'on obtient avec l'éther. Mais, si d'une part la différence n'est pas bien considérable, d'autre part le sulfure de carbone répand une odeur tellement infecte que ce motif seul suffirait pour le faire rejeter malgré les avantages que lui attribuent Delcominète (de Nancy) et Perrin.

4° *Pulvérisation de chlorure de méthyle*.—On emploie quelquefois pour l'anesthésie locale le chlorure de méthyle, livré dans des flacons spéciaux, sorte de siphons à eau de seltz où le chlorure est maintenu à une très forte pression. La réfrigération est immédiate mais trop complète, car elle arrive de suite à un degré de congélation qui ne me paraît pas être toujours sans inconvénients ultérieurs. Je suis peu partisan de ce moyen énergique, rapide, mais trop violent.

### **Anesthésie locale par la cocaïne.**

La cocaïne a été retirée en 1850 par M. Niemann des feuilles de la coca. La cocaïne presque insoluble dans l'eau, assez soluble dans l'eau alcoolisée est très soluble dans l'alcool et dans l'éther. Le chlorhydrate de cocaïne est soluble dans l'eau en toute proportion, puisqu'une partie d'eau dissout deux parties de cocaïne. Un kilogramme de feuilles de coca donne environ 2 grammes de cocaïne. On s'en est surtout servi tout d'abord en oculistique, pour insensibiliser la cornée. L'insensibilité est assez rapidement obtenue, mais elle est de peu de durée. Elle suffit du reste pour beaucoup d'opération, telles que la cataracte. Elle a été utilisée aussi pour obtenir l'insensibilisation de la muqueuse pharyngo-laryngienne. On l'a essayée en injections sous-cutanées pour permettre de petites opérations.

Dans une opération de staphylorrhaphie et d'uranoplastie, j'ai fait, avant de commencer l'opération, des injections sous-muqueuses de cocaïne dans le voile du palais. L'opération n'amena que des douleurs légères.—*Manuel de médecine opératoire.*

## GYNECOLOGIE

### **Du traitement de la vaginite et de l'endométrite blennorrhagiques.** BROSE (*Centralblatt für Gynäkologie*, No 45, nov. 1887).

L'auteur, d'après les préceptes de Rheinstadter, traite le catarrhe utérin, surtout le catarrhe blennorrhagique, par des cautérisations intra-utérines faites au moyen du chlorure de zinc (chlorure de zinc et eau distillée àà). Il pense, comme Rheinstadter, qu'en présence d'un catarrhe du col, on n'est jamais sûr que la muqueuse utérine ne soit pas comprise dans le même processus inflammatoire et qu'on se trouve dans la nécessité de cautériser non seulement le canal cervical, mais aussi la muqueuse intra-utérine. Il est un fait, c'est que les érosions et l'endocervicite guérissent avec une rapidité étonnante, lorsqu'on a eu soin de toucher toute la muqueuse utérine avec la solution indiquée plus haut, et ce sont précisément les endométrites blennorrhagiques, si rebelles à tout autre traitement, qui sont le plus favorablement influencées par ces cautérisations.

Brose cite un cas d'une endométrite blennorrhagique existant depuis huit ans, qui fut guérie par seize cautérisations intra-utérines. Dans la plupart des cas, dix à douze cautérisations suffisent.

Les bâtonnets d'iodoforme n'auraient pas, d'après l'auteur, d'action marquée sur l'endométrite blennorrhagique ; par contre, ils agiraient très favorablement sur la vaginite blennorrhagique ; c'est ainsi que la poudre d'iodoforme dont on saupoudre le vagin, ou bien plus encore le tamponnement à la gaze à l'iodoforme, donnerait des résultats très satisfaisants ; il arriverait ainsi qu'au bout de 4-5 jours, lorsqu'on retire le tampon, on constaterait parfois du premier coup la guérison complète de l'affection.

(*Revue Médico-Chirurgicale des maladies des femmes*).

### **Traitement des polypes fibreux de l'utérus.**

D'une leçon clinique de M. Segond sur le traitement des polypes fibreux de l'utérus, nous extrayons les passages suivants :

Les *indications* de l'intervention opératoire sont bien simples. Toutes les fois qu'on est en présence d'un polype, il faut opérer. Ne comptez pas sur l'accouchement spontané qui a sans doute été observé, mais exceptionnellement, car cette expectative serait probablement suivie de la mort par septicémie.

Quant aux *contre-indications*, elles sont au nombre de deux : 1° Le polype est absolument inclus dans la cavité utérine, et le col est in-

tact. Dans ce cas il faut patienter et attendre que les progrès de l'affection aient effacé le col pour intervenir ; 2° La malade est en état de grossesse. Pour moi, quelles qu'aient été les opinions contradictoires émises à ce sujet, je suis partisan en pareil cas de l'abstention.

Comment procédera-t-on à l'opération ?

Bien entendu, il faudra recourir aux règles d'une antiseptie absolue.

Ceci fait, deux cas se présenteront :

1° Le polype est dans l'utérus : le col est effacé, mais non complètement dilaté.

Fendez le col sur les deux parties latérales avec une paire de ciseaux et ouvrez ce col. Après l'ablation du polype, vous ferez la suture et la réparation de votre débridement.

2° Le polype est entre les lèvres dilatées du col. Ici, vous pouvez procéder d'emblée à l'opération. Abaissez l'utérus, dont vous ferez soutenir le fond par un aide ; mais, pour procéder à cet abaissement, amarrez toujours vos moyens de traction sur le col, et jamais sur le fibrome. Si vous employez ce dernier procédé, préconisé cependant par divers auteurs, vous risquez de provoquer une inversion utérine. et quand alors il s'agira de sectionner le pédicule, vous serez grandement exposés à couper le fond de l'utérus et à ouvrir le péritoine.

Ceci fait, introduisez les doigts dans le fond de la matrice, déterminez soigneusement le point de d'implantation du fibrome, et coupez le pédicule avec des ciseaux courbes.

Si cette manœuvre n'est pas possible par suite du volume du fibrome, servez-vous des divers écraseurs et serre-nœuds que renferme l'arsenal chirurgical. L'écraseur de Chassaignac me paraît le plus pratique, à condition de choisir un modèle léger, délicat et non un de ces instruments volumineux que l'on nous présente trop souvent.

La chaîne de l'écraseur peut être passée au-dessus du pédicule au moyen de divers artifices.

Le plus souvent, il suffit de se servir de ses doigts. Il n'y a pas un grand inconvénient à ce que la chaîne soit placée trop bas : car si l'on a laissé une très petite portion du pédicule, elle s'élimine d'elle-même ; si au contraire on en a laissé une plus grande portion, il est facile de la sentir et de l'abraser avec des ciseaux.

Signalons certaines difficultés qui peuvent venir gêner notre action. Dans quelques cas, le polype remplit absolument le vagin, et il est impossible de faire pénétrer aucun instrument. Il s'agit alors d'entailler, de morceler ces tumeurs. Divers procédés ont été préconisés. M. Collin vient de construire, sur mes indications, une espèce de céphalotribe que je compte vous présenter prochainement. Avec cet instrument on pourra réduire le volume du polype, et une fois que les instruments et les doigts pourront passer, on agira comme précédemment.

(*France Médicale*).

**Du traitement de la dysménorrhée membraneuse (endométrite exfoliante) par le tamponnement intra-utérin (F. CHEZON).**

La dysménorrhée membraneuse est une affection tellement rebelle et tellement pénible qu'on ne saurait trop s'ingénier à chercher de nouveaux moyens de la traiter.

Les dilatations répétées du canal cervical, le raclage progressif destiné à modifier, par voie réflexe, la circulation de l'utérus ; enfin le curettage profond suivi de lavages intra-utérins et d'injections iodées représentent un ensemble de moyens thérapeutiques qui peuvent amener la guérison radicale, ainsi que j'en ai publié un exemple. On comprend leur utilité dans la dysménorrhée membraneuse, puisque les recherches histologiques contemporaines ont démontré que cette affection n'est autre chose qu'une endométrite interstitielle, et que l'exfoliation menstruelle de la muqueuse utérine est uniquement due aux altérations inflammatoires dont nous parlons.

Malheureusement le curettage est une opération sérieuse qui n'est pas à la portée de tous les médecins, et peut-être serait-il possible de guérir la muqueuse sans être forcé d'y recourir. Les résultats que j'ai obtenus, dans ce cas, avec le drainage de la cavité utérine, me permettent cette assertion.

Le tamponnement de l'utérus par la gaze iodoformée constitue à la fois une méthode de drainage et un moyen de porter un topique cicatrisant et antiseptique au contact de la muqueuse ; aussi est-il tout indiqué dans l'endométrite exfoliante.

Voici comment on doit opérer :

La malade est placée dans la position de la taille qui fait prendre à l'utérus l'axe du vagin ; le col est mis à nu à l'aide de mon spéculum à crémaillère qu'on ouvre aussi largement que possible.

On pratique une dilatation puissante du canal cervical sous un courant d'eau chaude antiseptique, suivant le procédé indiqué dans un des derniers formulaires.

On fixe le col avec une pince américaine sans l'abaisser.

Des languettes de gaze iodoformée de 3 centimètres de large sur un mètre de long ont été préparées à l'avance ; l'extrémité de l'une d'elles est introduite jusqu'à l'orifice interne au moyen d'une pince à mors étroits ; on la pousse doucement jusqu'au fond de l'organe avec un hystéromètre pendant qu'un aide tient l'extrémité opposée.

On introduit deux à trois de ces languettes jusqu'à ce que l'utérus en soit bourré complètement.

Un pansement glyceriné est appliqué sur le col avant de retirer le spéculum.

Au bout de 24 heures, on retire le tampon qu'on pourra renouveler plusieurs fois pendant la période intermenstruelle.

Sous l'influence de ce tamponnement il se fait une adhésion nouvelle de la muqueuse et une modification de l'état vasculaire sous-muqueux qui ne permet plus les poussées apoplectiformes qui déta-chent, chaque mois, la muqueuse utérine.

*(Revue Médico-Chirurgicale des maladies des femmes).*

---

## OBSTÉTRIQUE

---

### **De l'antipyrine dans les accouchements.**

M. QUEIREL à l'Académie de Médecine.—J'ai employé l'antipyrine comme analgésique dans les accouchements. Voici les résultats auxquels je suis arrivé ; ce médicament peut être employé en injections hypodermiques à la dose de 5 grains à toutes les périodes de la parturition. On peut, sans inconvénient, répéter les injections.

L'antipyrine n'a aucune action fâcheuse sur la marche du travail, qui au contraire, semble accéléré. C'est surtout à la période de dilatation que cet agent est précieux. La dilatation se fait sans douleur et souvent l'expulsion est peu douloureuse. Dans presque tous les cas (15 sur 20), l'anesthésie s'est produite comme avec le chloroforme. Elle semble plus facile chez les multipares que chez les primipares.

Il n'y a pas de contre-indication.

### **Traitement de l'éclampsie.**

PAJOT.—Ne jamais faire l'accouchement prématuré.

Lorsque les accès débutent pendant le travail, faire le traitement médical et ne faire absolument rien, tant que l'orifice ne sera pas dilaté.

Quand l'orifice est dilaté, il faut débarrasser l'utérus de son contenu aussitôt qu'on pourra le faire sans aucune violence.

La délivrance se fera comme à l'ordinaire, et il faudra continuer le traitement médical après l'accouchement.

Plus les accès sont fréquents, plus on a de chances de mort, et réciproquement, moins les accès seront fréquents, plus on aura de chances de sauver les malades.

*(Revue Médico-Chirurgicale des maladies des femmes).*

## FORMULAIRE THERAPEUTIQUE

### Traitement du rachitisme (L. DUCHESNE).

- 1° Prendre tous les jours une cuillerée à bouche d'huile de foie de morue blonde et une de sirop de gentiane ;
- 2° Faire le long du dos et des membres des frictions avec du gros vin ou de l'eau de mélisse jaune ;
- 3° Prendre tous les deux jours un bain salé.

### Dyspepsie douloureuse de l'enfance (BRADFORD-BROWN).

Mucilage de gomme.....	3 onces et 5 drach.
Bicarbonate de soude.....	15 grains.
Chloroforme.....	10 gouttes.
Essence de térébentine....	1 drachme.

Une cuillerée à café tous les deux ou trois heures pour un enfant de six mois.

### Choléra infantile (WERTEIMBERG).

Décoction de racines de salep.....	2 onces.
Liqueur amère anisée.....	XXX gttes.
Sirop simple.....	1 once.
Teinture d'opium .....	5 à 6 gttes.

M. S. A.

Une cuillerée à café toutes les heures. Bain sinapisé froid de 10 à 15 minutes matin et soir. Administrer, en même temps, le thé chinois, qui lutte contre la somnolence mortelle.

### Bleennorrhagie et bleennorrhée des deux sexes (A. DELPECH).

Peptone hydrargyrique ammoniacque.....	$\frac{4}{5}$ de grain.
Eau distillée.....	$6\frac{1}{2}$ onces.

Faire une injection le matin et le soir, après avoir uriné, et de la façon suivante : 1° injecter une première fois la solution dans le canal sans retenir le liquide ; 2° répéter cette injection de la même manière ; 3° faire une injection qu'il faudra garder une ou deux minutes. Opérer ainsi deux fois, matin et soir.

La solution doit, autant que possible, être préalablement chauffée au bain marie, les injections chaudes ayant une bien plus grande efficacité, puisqu'elles dilatent la muqueuse et l'imprègnent mieux et par-tout du liquide antiparasitaire.

## Traitement de l'entérite cholériforme chez les enfants (CAYLA).

Le Dr Cayla conseille d'ajouter au lait additionné d'eau de chaux, aux lavements amidonnés, à l'eau albumineuse, les deux potions suivantes qui seront administrées alternativement d'heure en heure par cuillerée à café :

1° Teinture de noix vomique .....	III gttes.
Sirop de ratanhia .....	I once
Sirop de coings.....	I once
Eau distillée.....	I once et demie

Mêlez.

2° Bromure de potassium.....	10 grains
Sirop de belladone .....	I once
Sirop de menthe .....	I once
Eau distillée.....	1½ once

Mêlez.

La noix vomique relève la contractilité de la fibre musculaire, le coing et le ratanhia agissent comme astringents ; le bromure de potassium et la belladone arrêtent la sécrétion exagérée des glandes de l'appareil gastro-intestinal.

Dans les vingt-quatre heures le vomissement s'arrête, la diarrhée diminue et au bout de deux à trois jours la guérison est assurée.

(*Revue Médico-Chirurgicale des maladies des femmes*).

### Poudre contre le chancre phagédénique de la vulve.

M. Terrillon conseille dans ce cas l'emploi de la poudre suivante :

Acide pyrogallique.....	2½ drachmes
Poudre d'amidon.....	1¼ once

Mêlez.—Dans les cas de chancre phagédénique de la vulve, avec des anfractuosités à prolongements multiples, on insuffle cette poudre au moyen d'un soufflet dans les profondeurs de la plaie. Les pansements sont renouvelés deux fois par jour —La poudre doit être fraîche et conservée dans un flacon bien bouché.—(*Gaz. de Gynécologie*.)

### Topique contre les cors.

A. salicylique.....	18 grains
Extrait alcoolique de cannabis indica... ..	10 do
Alcool à 90°.....	18 do
Ether à 62°.....	40 do
Collodion élastique.....	I once

Conserver dans un flacon bien bouché.

Application avec un pinceau tous les deux jours, pendant une semaine.

Quelques jours après, le cors s'enlève sous la pression du doigt, ou à la suite d'un bain de pied. (*La Pratique médicale.*)

### Traitement de l'alopecie syphilitique (E. BESNIER).

Outre le traitement général, il faut conseiller au malade le traitement suivant :

1° Tenir les cheveux ras.

2° Laver la tête avec l'eau suivante :

a. Alcool camphré.

b. Acide salicylique..... 75 grains

Alcool de romarin..... 4 onces

Nitrate de pilocarpine. .... 1 grain

Cette solution est légèrement excitante.

3° Le soir, si les cheveux sont ordinairement gras, saupoudrer la tête avec la poudre :

Acide salicylique..... 18 grains

Amidon ..... 4 onces

Au contraire, si les cheveux sont habituellement secs et cassants, frictions avec la pommade :

Acide salicylique..... 75 grains

Lanoline ..... } à 2 onces

Vaseline ..... }

Le lendemain matin lavage de la tête avec eau chaude et savon.

NOTA.—Il ne faut pas faire usage de préparations mercurielles pour le traitement local. (*La Pratique médicale.*)

## CHRONIQUE.

Vous lirez, j'en suis sûr, le discours que M. le professeur Verneuil a prononcé à l'ouverture du troisième Congrès français de chirurgie. Vous verrez de quelle manière magistrale l'illustre président du Congrès fait justice de l'accusation portée par le prof. Billroth, de Vienne, contre la science française. Du haut de sa chaire, en présence d'un auditoire nombreux, composé d'élèves et de médecins venus de tous pays, Billroth discernait un brevet d'ignorance aux Français, qui, disait-il, *depuis bientôt vingt ans, non-seulement n'ont pas fait de grands progrès dans le domaine de la médecine scientifique et de la chirurgie, mais qui suivent péniblement et d'un pas boiteux le progrès colossal de la science allemande et anglaise.*

L'attaque venait de *haut, en allemand* ; la réplique ne se fit pas attendre, aussi digne que ferme ; la revendication est complète. Merci au nom de la profession médicale canadienne-française. Je ne dis pas cela parce que nous aurions attendu la réplique du professeur Verneuil pour faire justice de l'accusation du Prof. Billroth, mais parce que dans le monde scientifique il n'y a pas de roturiers : *un gant jeté doit être relevé*. C'est fait et bien fait, nous sommes contents !

\* \* \*

A ce propos, laissez-moi vous dire l'impression que fit la lecture du discours du professeur Verneuil sur plusieurs de nos confrères qui ont étudié en Europe.

M. le Dr BROUSSEAU, prof. de pathologie externe et de clinique chirurgicale, à l'Université Laval : *Je n'ai vraiment rien à ajouter à la réplique du professeur Verneuil ; elle est aussi complète que bien fondée.*

M. le Dr ED. DESJARDINS, professeur d'ophtalmologie à l'École de médecine et de chirurgie de Montréal et de clinique ophtalmologique à l'Hôtel-Dieu, m'adresse les lignes suivantes :

MON CHER RÉDACTEUR,

M. Billroth, me dites-vous, accuse l'École médicale française de ne suivre qu'en boitant les Ecoles allemande et anglaise. Il faut donc que cet homme se soit renfermé chez lui depuis des années avec le parti pris de n'ouvrir aucun livre de médecine (excepté les siens ou ceux de ses amis), pour commettre une telle injustice envers la France médicale.

L'École française ne marcherait plus que d'un pas chancelant ! Mais elle vient de sortir toute vigoureuse des mains de ces géants de la médecine et de la chirurgie qui ont nom : Broussais, Bouillaud, Corvisart, Laennec, Audral, Trousseau, Dupuytren ! ! Dubois, Lisfranc, Delpech, Civiale, Malgaigne, Velpeau, Cruveilhier, Magendie, Claude Bernard, etc., etc., etc., et déjà elle serait atteinte de caducité ! Non, non, l'École française n'a rien perdu de sa vigueur, quoiqu'en disent M. Billroth et ses compatriotes ; les Pasteur, les Charcot, etc., sont là pour nous le prouver.

Ces messieurs de l'École allemande ont belle façon, n'est-ce pas ? d'affecter ainsi des airs de dédain, lorsqu'ils reçoivent à la face de l'univers un compliment aussi flatteur que celui qui leur vient de l'empereur d'Allemagne.

Notre petite GAZETTE MÉDICALE, toute modeste qu'elle soit, ne

devrait pas laisser passer sans protestation cette insulte de M. Billroth à la France médicale. Votre, etc.

\* \* \*

Au reste il est inutile d'insister davantage sur ce sujet ; le médecin canadien-français, libre d'esprit, amateur du progrès scientifique, d'où qu'il vienne, a dès longtemps fait justice des avancés du professeur Billroth. Il est habitué à ces sortes de rengaines inspirées par les préjugés de race et les traite avec le mépris qu'elles méritent.

Ce qui nous met en état de parfaite impartialité, c'est que nous étudions les divers auteurs de médecine, tant français qu'anglais, allemands et américains : Trousseau, Behier et Hardy, Jaccoud, Sappey, Fort, Terrier, Malgaigne et Lefort, Longet, Cornil et Ranvier, Depaul, Tarnier, Charcot, Von Ziemssen, Niemeyer et Billroth, Hutchinson, Graves, Fagge, Murchison, Lauder-Brunton, Pepper, Flint, Davis, Sayre, etc., etc., occupent les rayons de nos bibliothèques.

De plus notre presse médicale nous tient au fait du mouvement scientifique général et, tout en accordant aux représentants de chaque nationalité la légitime part du travail qui s'accomplit, nous accordons aux Français la palme sur leurs concurrents, parce que ceux-ci n'ont rien à comparer à la trinité puissante qui a nom : Laennec, Claude Bernard et Pasteur.

\* \* \*

M. de la Rochefoucauld a dit : *Il y a des jours où l'esprit s'éveille au matin, l'épée hors du fourreau, et voudrait tout saccager.* Je suppose que le professeur de Vienne s'est levé en ce genre d'humeur, l'épée hors du fourreau, mais le *saccage*..... n'eut pas lieu.

\* \* \*

La presse médicale française vient de perdre un de ses membres les plus distingués dans la personne d'Hyppolite Bronchin, rédacteur en chef de la *Gazette des hôpitaux*.

Malgré ses soixante et dix-neuf ans, Bronchin avait conservé la vivacité de ses meilleures années. Ses écrits portaient le cachet d'un esprit hautement philosophique. Le côté pratique du mouvement médical attirait surtout son attention. *Au but !* telle semblait être sa devise favorite.

Je ne saurais mieux faire que de vous transcrire ici l'article suivant que lui a consacré son collègue, M. le Dr Le Sourd :

“ La *Gazette des hôpitaux* est plongée dans l'affliction la plus profonde ; son rédacteur en chef a succombé hier soir, dimanche, frappé d'apoplexie.

Hippolyte Bronchin était né le 13 octobre 1808. Elève de Jules Guérin, il avait, avec Dechambre et M. Diday (de Lyon), préparé, sous ce maître éminent, la carrière qu'ils ont tous parcourue avec le plus grand succès.

Mais, si Bronchin était l'écrivain distingué, le médecin prudent, le philosophe profond ; s'il déployait les qualités les plus éminentes du journalisme, il y avait, chez lui, une note qui dominait toutes les autres, c'était la bonté. Le seuil de sa maison était doux aux débutants ; son accès toujours bienveillant. Dans tout travail, il visait surtout le point utile à la science ; sans s'arrêter jamais à la forme, il reprenait l'idée, la paraît, la présentait sous son jour le plus favorable, et, bien souvent, l'auteur de la communication lisait, avec surprise, une note élégamment écrite, à la place du travail informe, que les exigences de la vie médicale ne lui avaient pas donné le temps de polir.

Hippolyte Bronchin était un rédacteur en chef accompli. Toutes ses pensées étaient concentrées sur le journal, aux destinées scientifiques duquel il a présidé pendant trente-cinq années. On appréciera son tact et sa délicatesse, lorsqu'on saura que, dans sa longue carrière, il n'a compté que des amis.

Et nous, qui l'entourions de notre vénération et de notre affection la plus vive, nous oublions son âge avancé. Son esprit restait ferme, actif ; il ne pouvait se décider au repos. Sa vie tout entière avait été consacrée au travail et le "Dictionnaire encyclopédique" s'enrichissait, de son côté, des travaux de ce médecin, qui a travaillé jusqu'à sa dernière heure.

Mais il a eu le bonheur de voir grandir un fils digne de lui et qui, aux succès du praticien, joint les qualités d'un rédacteur très distingué. Aussi, avec quelle tendresse notre ami associait son fils à son œuvre ? Et, grâce à lui, le nom de Bronchin ne disparaîtra pas du journal, où chaque ligne proclame le labeur incessant et le dévouement de celui que nous pleurons.

Nous avons voulu retracer quelques traits d'une vie de travail et d'honneur ; mais nous avons compté sans l'émotion qui nous étreint. Nous avons perdu notre ami.

Puissent les regrets de tous ceux qui ont connu le docteur H. Bronchin apporter, s'il se peut, un adoucissement à sa famille désolée."

\* \* \*

Le 9 de mai prochain, aura lieu à Montréal l'assemblée semi-annuelle du Collège des médecins de la province de Québec. J'espère que nos gouverneurs profiteront de cette occasion pour remettre à l'étude le projet d'acte médical adopté, à la hâte, à l'assemblée de septembre dernier.

Il est de fait que pas un de nos gouverneurs, même de ceux qui formaient la commission de ce projet, n'est prêt à dire qu'on ne pourrait faire mieux. Alors, je vous le demande, pourquoi, par un zèle intempestif, précipiter l'adoption d'une législation hâtive et incomplète? Hâtive, parce que celle qui nous régit actuellement n'a pas eu le temps de donner ce qu'on pourrait en attendre; incomplète, parce qu'elle ne répond pas au but que l'on veut atteindre: la réforme des études médicales en cette province, et la protection plus efficace des intérêts professionnels. Si le conseil du poète:

Vingt fois sur le métier remettez votre ouvrage,

a de la valeur au point de vue littéraire, avec combien plus de force ne s'applique-t-il pas à un projet de législation dont un des principaux traits est la stabilité.

\* \* \*

Pour montrer que le projet d'acte médical n'est pas parfait, je vais découvrir quelques-uns des points faibles qu'on y remarque.

1° L'acte projeté veut que sur les 40 membres dont se composera le "Conseil des médecins," quatre représentent la profession — en dehors des Facultés — de Montréal et QUATRE celle de Québec.

Voilà une représentation qui n'est pas équitable; les médecins de Montréal sont le sixième de la profession de toute la province, il serait juste de leur donner une représentation proportionnelle à leur nombre; c'est-à-dire 6 membres au conseil, tandis que Québec n'en devrait pas avoir plus de trois.

2° L'acte projeté dit que le conseil pourra réduire le nombre de ses membres. Ce pouvoir est une porte d'abus, une trappe d'intrigues.

Une loi sérieuse doit statuer positivement, et prévenir toute prise à l'arbitraire, aux coups de main. Je ne veux pas dire que c'est trop ou trop peu de quarante gouverneurs pour veiller aux intérêts de la profession, mais on doit être en état de dire combien il convient d'en nommer, et que cela soit dans la loi.

3° L'acte projeté dit que le conseil *pourra* déterminer le mode de votation *aussi souvent* qu'il le jugera à propos.

Ce n'était vraiment pas la peine d'en décrire un dans le projet, puisqu'il ne lie pas le conseil. Etes-vous, oui ou non, en état de choisir un mode d'élection des gouverneurs? Si oui, énoncez-le; si non, eh bien! cherchez encore!

4° *Nul*, dit le projet, ne peut être élu ou nommé membre du conseil, s'il n'a pratiqué au moins pendant quatre ans dans la province de Québec. Pourquoi cette restriction qui sent son moyen âge d'une lieue à la ronde? Pourquoi priver le conseil ou mieux la profession des

services que pourraient lui rendre ceux de nos confrères qui reviennent des États-Unis ou d'Europe et qui n'ont pas encore pratiqué quatre ans dans la province de Québec? D'ailleurs, puisqu'ils seront élus par leurs confrères, quelle objection pouvez-vous apporter à leur présence au conseil?

5° Le conseil nommera deux secrétaires, l'un à Québec, l'autre à Montréal. Pourquoi deux secrétaires, plutôt qu'un, plutôt que dix? N'y a-t-il pas qu'un secrétaire pour toutes les questions politiques et judiciaires de la province de Québec?

6° Les décisions du conseil seront sans appel, même *par certiorari*. Je ne suis pas fort en droit, mais cela me paraît un peu raide. (Voir la GAZETTE MÉDICALE de janvier 1883, lettre du Dr Palardy, page 9.)

#### RÈGLEMENTS.

7° Le chapitre des *règlements* qui sont laissés à l'arbitraire du conseil devrait être presque entièrement refondu. Ainsi la loi devrait statuer d'une manière définitive sur les points suivants : 1° le nombre, 2° le mode et 3° le lieu des examens des aspirants à l'étude et à la pratique de la médecine, etc. ; 4° déterminer le montant de la contribution annuelle des membres de la corporation ; 5° le montant des honoraires à payer par tout candidat à l'étude et à la pratique de la médecine, etc. ; 6° fixer le quorum du conseil ; 7° le nombre des examinateurs ; 8° le mode de leur nomination, leurs qualifications ; 9° la durée de leur charge ; 10° le mode de rapport des examens.

#### ADMISSION A L'ÉTUDE DE LA MÉDECINE.

8° Le projet choisit les examinateurs pour l'admission à l'étude de la médecine *en dehors de la profession médicale*. C'est une reculade et une concession que je ne veux pas qualifier ; qui plus que nous est intéressé à connaître les qualifications des aspirants à l'étude de la médecine? Mais si nous abandonnons ce droit, à qui devons-nous en remettre l'exercice, sinon aux éducateurs engagés dans l'éducation classique? Ne sont-ils pas les juges les plus compétents, j'allais dire naturels, des capacités de nos aspirants? Qu'on laisse à leur place les directeurs et les professeurs des écoles normales ; ils n'ont que faire de monter notre galère ; n'est-ce pas pour remplir une mission spéciale et tout autre, qu'ils sont nommés et salariés par le gouvernement?

Au lieu de faire subir des examens sur toutes les matières d'un cours classique, pourquoi la loi ne décrète-t-elle pas ce qui suit : Tout aspirant porteur d'un certificat de cours classique complet *avec succès* ne sera tenu de subir l'examen d'admission à l'étude de la médecine que

sur les matières immédiatement préparatoires à cette étude, c'est-à-dire sur l'histoire naturelle, la physique et la chimie, tandis qu'au contraire tout aspirant non pourvu du susdit certificat subira un examen sur toutes les matières du cours tel que suivi dans nos collèges classiques.

#### L'EXAMEN DE PRATIQUE.

9° Aura lieu alternativement à Québec et à Montréal. Ceci est un hors d'œuvre. Les examens devraient avoir lieu au siège des Facultés et aux hôpitaux.

XXIV.—Le " Bureau central des examinateurs se compose de vingt médecins licenciés et enregistrés, nommés par le conseil, et dont deux choisis parmi les professeurs de chacune des écoles et facultés de médecine mentionnées en l'article 7 et dix non attachés à ces écoles ou facultés. Il est nommé deux examinateurs pour chaque matière, dont l'un de langue anglaise et l'autre de langue française. L'examen se fait dans la langue du candidat."

La question de la création d'un bureau central d'examineurs est ouverte et avant de la résoudre dans le sens du projet actuel, j'invite la discussion, par conséquent un peu de lumière. A cette fin je pose les questions suivantes :

1° Tous les médecins licenciés et enregistrés auront-ils le droit de devenir examinateurs ? Si oui, ne devraient-ils pas être tirés au sort annuellement, plutôt que nommés par le conseil ; ce qui sent trop l'arbitraire et le favoritisme ? En effet, si la formation d'un bureau central a pour but de veiller aux examens, tous les praticiens de la province n'ont-ils pas un droit égal d'être appelé à ce grave devoir ? Si ce n'est pas là le but pourquoi un bureau central !

2° Si tous les praticiens sont admis à faire subir l'examen de théorie et de pratique, dites-moi si vous croyez que tous sont compétents à faire subir l'examen sur les matières suivantes : histologie normale, histologie pathologique, maladies mentales, ophtalmologie, chirurgie oculaire, chimie légale, médecine opératoire, gynécologie, physique médicale, microscopie, etc., etc., car toutes ces matières font ou feront partie du nouveau programme d'études médicales. Nos lecteurs savent bien que la plupart de ces matières ont été forcément négligées à cause des nécessités de la pratique et nous serions vraiment embarrassés de nous rendre compte des connaissances des aspirants sur ces diverses matières.

3° " Le conseil nommera deux examinateurs parmi les professeurs de chaque faculté," pourquoi ne pas laisser ce choix à chaque faculté ? Votre Conseil aura trop de choses à faire, je crains beaucoup qu'il ne fasse rien de bon !

4° S'il est nommé deux examinateurs pour chaque matière, l'un de langue anglaise et l'autre de langue française, vous auriez à former un bureau composé de dix examinateurs de langue anglaise et dix de langue française. Si cette proportion de représentation vous va, je vous trouve par trop modeste et trop généreux !

#### DATE DE L'EXAMEN.

Le bureau a décidé de faire subir l'examen de pratique au mois de juillet. C'est une injustice envers les élèves dont les cours se terminent en avril de chaque année. Le principe qui doit présider au choix de la date de l'examen c'est lorsque l'élève e. t prêt à subir cet examen, c'est-à-dire à la fin de la session scolaire. L'aspirant à la pratique qui a manqué une matière devrait pouvoir subir un nouvel examen avant la réouverture des cours, c'est-à-dire au mois de septembre.

\*  
\* \*

Sans doute que vous vous attendez que ce projet est plein de la réforme des études médicales en cette province. Vous vous trompez, puisque le bureau exigera moins que nos écoles de médecine donnent déjà. Ainsi les sciences auxiliaires ne sont pas même mentionnées : ophthalmologie, chimie médicale, etc., etc., etc. La pathologie générale n'est qu'incidemment nommée et perdue avec la physiologie, et cependant qui niera la nécessité de la connaissance des grands processus morbides ? Pourquoi ne pas exiger un cours spécial de 120 leçons de pathologie générale ?

Et l'histologie normale et la pathologique, pourquoi ne pas les exiger tout comme la physiologie, etc ?

Pourquoi l'examen d'anatomie ne porterait-il pas sur la dissection d'une région quelconque ?

Et combien d'autres sujets d'études accessoires ont été négligés dans ce projet plein de contre-vues préparé à la hâte, sans égard aux remarquables progrès des sciences médicales.

Que l'on nomme une *commission des études médicales* chargée d'élaborer un programme calqué sur ceux des grandes écoles européennes et américaines. Que ceux qui ont fait des études en Europe ou aux Etats-Unis soient appelés à siéger dans cette commission. Ce serait là un gracieux témoignage—et bien mérité—de la confiance que nous avons en eux. Les Hingston, Campbell, Howard, Brosseau, Desjardins, Durocher, Bourque, Longtin, Brodeur, Laramée, Foucher, Joyal, Rolland et bien d'autres dont les noms m'échappent seraient heureux de concourir de leur expérience et de leur conseil à la grande réforme que je préconise.

Et puis quel est le médecin qui ne pourrait offrir au moins une suggestion pratique à ce comité d'enquête? Y en a-t-il un seul qui n'ait souffert de la légèreté de son bagage scientifique à son entrée dans la pratique?

Au nom de la jeunesse studieuse de cette province, je vous dis : n'allez pas, par un entêtement coupable, rétrécir le champ des études médicales, et faire adopter un programme incomplet qui nous laissera dans l'infériorité vis-à-vis de la profession étrangère. Mettez-nous en état de supporter la comparaison avec les écoles les mieux organisées. Si vous ne pouvez aborder franchement cette belle et patriotique tâche, retirez-vous et laissez-la à ceux qui ont des aspirations, qui veulent le bien de cette jeunesse intelligente et pleine de généreuse ardeur. Vous voulez une législation nouvelle, faites-la bien. *Age quod agis.*

LE DR NOIR.

---

## BIBLIOGRAPHIE.

---

LA PHTISIE PULMONAIRE, par HÉRARD, *président de l'Académie de Médecine*, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu; V. CORNIL, *prof. d'anatomie pathologique* à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine, et V. HANOT, *prof. agrégé* à la Faculté de Médecine de Paris, médecin de l'hôpital St-Antoine.—*2me édition, revue et augmentée*, avec 65 figures en noir et en couleurs intercalées dans le texte et deux planches en chromolithographie. PARIS, Félix Alcan, éditeur, 108 boulevard St-Germain, et chez Cadieux et Derome, libraires, Montréal. 1888. Prix : \$5.00.

MM. HÉRARD et CORNIL, avec M. HANOT comme nouveau collaborateur, viennent de publier une seconde édition de leur belle étude sur la *Phtisie pulmonaire*. Il suffira de rappeler la date de l'apparition de la première édition (novembre 1866) pour faire comprendre qu'il s'agit aujourd'hui d'un ouvrage véritablement nouveau, dans lequel non seulement quelques-uns des chapitres primitifs ont dû être notablement augmentés, mais encore où de nouveaux chapitres, d'une portée capitale, sont venus prendre place.

Il y a vingt-deux ans, en effet, la science était encore bien loin d'être fixée sur les points les plus importants de la phtisie pulmonaire, et la cause de cette terrible maladie, en particulier, était environnée d'une profonde obscurité. C'est à peine si M. Villemin venait d'affirmer l'inoculabilité de la tuberculose, de suite fort discutée, et plusieurs

années devaient encore se passer avant qu'on comprit l'immense portée des travaux du professeur du Val-de-Grâce ; puis les études d'histologie pathologique de M. Grancher n'avaient pas encore apporté leur appui à la conception de Laënnec sur l'unité de la phtisie ; et enfin la notion de la nature parasitaire de la tuberculose devait attendre encore pendant seize ans sa complète confirmation de la découverte, par M. Robert Koch, du microbe pathogène, le fameux bacille dont la détermination servira longtemps de modèle aux études du même genre.

Le moment est bien choisi aujourd'hui pour consacrer à la phtisie pulmonaire une étude d'ensemble. La cause immédiate est connue : c'est le bacille de Koch ; on sait d'où il vient, comment il pénètre dans l'organisme, à quelles nombreuses variétés de lésions il peut donner naissance, et il n'est pas jusqu'à l'étude des symptômes de la maladie, symptômes classiques depuis longtemps cependant, qui n'ait reçu de ces divers éléments une nouvelle précision ; enfin la prophylaxie et le traitement de ce fléau (le plus terrible de tous, puisqu'il enlève le septième du genre humain) est l'objet de tous côtés, de la part des microbiologistes comme de celle des hygiénistes et des cliniciens, de recherches sans nombre qui sont vraiment caractéristiques du moment présent.

Evidemment, le dernier mot sur la phtisie pulmonaire n'est pas dit, ne serait-ce qu'en raison même de l'état de sa thérapeutique, qui en est encore à balbutier. Cependant, dès maintenant, il y a déjà nombre de tentatives heureuses dont la connaissance doit être vulgarisée, par cette raison qu'ils ont mis hors de contestation le fait, si longtemps nié par le plus grand nombre des médecins eux-mêmes, de la curabilité de cette maladie. De plus, la question des qualités du terrain, qui constituent la prédisposition, qualités si importantes dans le cas de la tuberculose, et sur laquelle les auteurs attirent l'attention comme il convient, est encore tout entière à élucider.

Les moyens de traitement passés en revue sont certes nombreux : c'est, nous l'avouons, une preuve de leur insuffisance. Néanmoins, quelques-uns des plus récents, et sortis des laboratoires de microbiologie, paraissent vraiment dignes de considération. On trouvera, dans les chapitres consacrés à ce sujet, un exposé très complet des notions classiques et des résultats récemment acquis qui permettent de bien augurer de l'avenir.

En somme, le traité de la phtisie pulmonaire de MM. Hérard, Cornil et Hanot est actuellement l'ouvrage le plus savant et le plus complet qui ait été écrit sur ce sujet. (*Revue scientifique.*)

---

 NOUVELLES MEDICALES
 

---

 ECOLE DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE DE MONTREAL
 

---

## GRADUÉS DE CETTE ANNÉE :

Dorion L. A., Prix Bourget.	Marcotte J. Alb.
Couture Th. } Mention hon. et	Tassé Geo. Chs.
Beaudry L.A. } prix du président.	Lerois Félix.
Lussier C. A.	Bastien H.
Laurent E. E.	Benoit R.
Paré Jos.	

Tous ces Messieurs ont droit au titre de M. D. C. M.

---

## ONT DROIT AU TITRE DE M. D.

Gravel J. L.	Roulier Phil.
Brault Elie.	Laroche Félix.
Chartier J. H.	Lécuyer Th.
Morel C. T., de Ladurantaye.	Pomminville Jos.
Mignault A.	Royal Paul.
Lefebvre M.	Gendron Alex.
Ducharme H.	Biron Alex.
Beaulne Jos.	Bourgeault V.
Langis Ant.	Aubry Geo.
Rivest Nap.	Bellehumeur P.
Picot N.	Ennis Thos.
Gadoury J. C.	Dorais U. A.
Barolet Jos.	Désy Jos.

---

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE MENSUEL.

### Pathologie interne

- BEHIER et HARDY.—Traité élémentaire de pathologie interne ;  
6 vol. in-8. \$10.50  
CHAUFFARD.—Fièvre typhoïde ; in-8. 88c

### Pathologie externe

- FOLLIN et DUPLAY.—Traité élémentaire de pathologie externe.  
L'ouvrage complet formera 7 vols. grand in-8 avec figures. En vente  
tome 1 à 6 avec environ 900 figures dans le texte. \$21.00  
JAMAIN et TERRIER.—Manuel de pathologie chirurgicale, 3e édition ;  
3 vols. in-12. \$5.00

### Thérapeutique et matière médicale.

- BERLIOZ.—Manuel thérapeutique, 2e édit. ; 1 vol. in-12 cart. \$1.50  
HAYEM G.—Leçons de thérapeutique. Les grandes médications ;  
1 vol. grand in-8 (1887). \$2.00

### Clinique médicale.

- JACCOUD S.—Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital de la  
Charité ; 1 vol. in-8 avec figures et planches. \$3.75  
JACCOUD S.—Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital Lariboisière ; 1 vol. in-8 avec figures et planches. \$3.75

### Obstétrique.

- LUSK W. T.—Science et art des accouchements ; 1 vol. in-8, der-  
nière édition. \$4.00  
PLAYFAIR S. S.—Traité théorique et pratique de l'art des accouche-  
ments ; 1 vol. in-8 avec figures. \$3.75

### Médecine légale.

- TAYLOR A. S.—Traité de médecine légale ; 1 vol. in-8. \$3.75

### Médecine opératoire.

- FARABEUF L. H.—Précis de manuel opératoire, ligatures, amputa-  
tions, avec 445 figures dans le texte ; 1 vol. in-12. \$3.75

### Auscultation.

- BARTH et ROGER.—Traité pratique d'auscultation, suivi d'un précis  
de percussion, 2e édition ; 1 vol. in-18, rel. toile. \$1.75