

## Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- 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:

Pagination continue.

# TRAVAUX ORIGINAUX

## CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES.

HOPITAL DE LA SALPÊTRIÈRE (Paris).—M. CHARCOT.

### De la paralysie alcoolique.

(Notes recueillies par le Dr. J. A. PRIEUR.)

MESSIEURS,

Je suis heureux d'avoir l'occasion de vous présenter ce matin une malade qui offre beaucoup d'intérêt. Cette femme souffre d'une affection encore peu connue: je veux parler de la paraplégie d'origine alcoolique.

C'est une maladie qui, comme je viens de vous le dire, n'est pas encore bien connue. Toutefois la description en a été faite d'une manière magistrale par MM. Leudet et Lancereaux.

M. Leudet a prouvé que dans la paraplégie alcoolique les nerfs périphériques sont lésés et que la moelle est intacte. De plus—et c'est là un point très important—il a démontré que cette paraplégie est *douloureuse*.

M. Lancereaux a attiré particulièrement l'attention sur ce fait que la paraplégie alcoolique envahit de préférence les extenseurs, et surtout les extenseurs des membres inférieurs.

D'autres médecins ont écrit sur cette maladie, entre autres Buss, mais ils n'en ont pas donné une description suffisante; en d'autres termes, les caractères cliniques ne sont pas assez longuement décrits.

Dans toutes les maladies où l'alcool joue un rôle pathogénique, vous savez, sans doute, que le médecin est forcément obligé de se fier à ses propres lumières sans espérer d'être renseigné par les malades ou par leur entourage, du moins dans la grande majorité des cas. Naturellement, cette remarque est surtout vraie quand il s'agit des femmes. Il vous faudra donc être bien sur vos gardes puisque la paraplégie alcoolique se produit surtout chez les femmes. Pourquoi? Simple prédisposition, sans doute.

La malade qui est devant vous présente les caractères assez nets de la paraplégie alcoolique. Ce n'est pas cependant un cas

typique ; il y manque quelque chose. Mais enfin, il y en a assez pour vous permettre de faire le diagnostic.

Comme nous venons de le dire, la paralysie alcoolique occupe surtout les membres inférieurs. Si les membres supérieurs sont affectés, ils le seront beaucoup moins.

De plus, la maladie s'attaque de préférence aux extenseurs ; c'est là une particularité intéressante. Voyez le pied de la malade : il est tombant et flasque. On pourrait dire que c'est un pied-bot paralytique. Ce symptôme répond à ce que vous voyez survenir aux extenseurs de l'extrémité supérieure dans la paralysie saturnine : le *wrist-drop*. Toutefois, il ne faut pas confondre : le *foot-drop* tient de l'alcoolisme, et le *wrist-drop* appartient au saturnisme.

Chez notre malade le pied tombant a été plus marqué qu'il ne l'est aujourd'hui ; mais, tout de même, il est encore assez évident. Si je dis à la malade de relever son pied, elle n'y arrive pas, pour peu que je fasse le moindre effort pour l'empêcher de le relever.

Dans la paraplégie alcoolique (comme dans la paralysie saturnine) il y a des cas peu prononcés, et alors, il faut chercher à découvrir la paralysie des extenseurs en expérimentant comme je viens de le faire sur cette malade.

Voyons maintenant comment la paralysie alcoolique est une paralysie douloureuse.

Elle est d'abord douloureuse à la pression. Et remarquez que c'est là un fait important, car, comme vous le savez, les paralysies douloureuses sont rares en dehors de celles dues à l'alcoolisme. Si vous pressez les muscles et les tendons, le malade ressentira une douleur, et, instinctivement, il poussera une exclamation. C'est ce que j'ai constaté la première fois que j'ai eu à traiter une paraplégie alcoolique.

C'était chez une femme qui, toute la journée, ne faisait que boire en compagnie de son mari. Celui-ci en était quitte pour des troubles gastriques, du tremblement, etc., etc., mais sa femme prit une paraplégie des membres inférieurs à la suite de ses excès alcooliques qui duraient déjà depuis assez longtemps.

A ma première visite je la trouvai avec les symptômes dont je viens de vous parler : les pieds étaient tombants, et les jambes d'une grande sensibilité à la pression même la plus légère. Remarquez aussi que cette douleur n'est pas du tout la même que celle que vous rencontrerez dans l'ataxie locomotrice.

Dans l'ataxie il n'y a pas de douleur à la pression. Sans doute, on voit quelquefois des malades ataxiques qui présentent une hyperesthésie cutanée ; mais cette hyperesthésie qui, le plus souvent, succède aux douleurs fulgurantes, n'est que passagère et superficielle. On peut en dire autant de l'hyperesthésie cutanée que l'on observe dans les paralysies hystériques. Ainsi donc, la douleur peut être spontanée, et, chose curieuse, ces douleurs spontanées surviennent surtout durant la nuit.

La malade qui est devant nous a de plus aux talons des douleurs brèves et fulgurantes, assez semblables à celles de l'ataxie et du diabète.

Il y a donc là un point sur lequel j'appelle votre attention, car le diagnostic peut présenter, dans ces cas, certaines difficultés.

Mme B... a aussi un autre symptôme que l'on rencontre dans l'ataxie : l'absence des réflexes rotuliens. Vous voyez par là que les paralytiques alcooliques et les ataxiques se ressemblent sous plus d'un rapport. Mais, à côté de ces analogies, il y a aussi des différences essentielles : ainsi, par exemple, le pied-tombant ne se voit dans l'ataxie que très rarement, tandis qu'il ne fait presque jamais défaut dans la paralysie alcoolique. Autre signe caractéristique de la paralysie alcoolique : les troubles de l'innervation ne tardent pas à se montrer, les muscles s'atrophient, les membres perdent leurs formes arrondies, et les forces musculaires, tout naturellement, vont en diminuant. Or cette atrophie musculaire fait défaut dans l'ataxie locomotrice progressive.

Il existe encore d'autres symptômes qui, malheureusement, manquent dans le cas de la femme B... Je veux parler de la chaleur de la peau des membres paralysés par le fait de l'alcoolisme, de leur coloration violacée et de l'œdème qui siège autour des malléoles.

Si la maladie dure un certain temps il faut s'attendre à voir survenir une rétraction tendineuse qui subsistera même alors que la paraplégie aura disparu.

Dans ces cas, l'intervention du chirurgien devient nécessaire, et l'opération de la ténotomie réussit presque toujours. Mon collègue, M. Terrillon, a opéré deux de nos malades atteintes de rétraction tendineuse survenue après une paralysie alcoolique, et elles ont guéri.

Arrivons maintenant à l'histoire de la malade B. Elle est âgée de 33 ans ; mariée en 1878 ; deux enfants bien portants ; a exercé le métier de fleuriste-commissionnaire ; est entrée à l'hôpital Beaujon en janvier dernier pour se faire guérir de sa paralysie alcoolique. Mais après quelques jours survint un délire alcoolique : la malade était agitée, voyait des animaux de toutes sortes, allait d'un lit à l'autre, etc. Bref, il devint nécessaire de transporter Mme B... à Ste Anne, à cause des désordres nocturnes qu'elle occasionnait à Beaujon. De Ste Anne elle fut conduite à l'asile de Villejuif où elle était encore jusqu'à ces jours derniers.

Les nuits sont encore un peu agitées depuis qu'elle est entrée à la Salpêtrière ; ainsi, la nuit dernière elle a eu des hallucinations terribles de la vue : il lui semblait qu'une bête fantastique, plus grosse qu'un bœuf, venait à sa rencontre dans un bois pour la dévorer, elle et ses enfants. Durant le jour elle est tranquille.

Je continue l'histoire de la malade.

Son père est mort d'accidents alcooliques en 1873, après avoir

ou un dérangement cérébral durant 8 jours. Très probablement il s'agit ici d'un accès final de *delirium tremens*.

La mère, femme très nerveuse, est morte à 22 ans.

A l'âge de 6 ans, Mme B... a tremblé pendant 6 semaines,—probablement de la chorée. A 19 ans elle a voulu se jeter par une fenêtre après une de ses attaques nerveuses. Nous ne savons pas au juste ce qu'étaient ces attaques, qui ont fini par disparaître. Ce n'était pas l'épilepsie, car la malade ne se mordait pas la langue et n'urinait pas dans ses habits durant ces attaques. C'était, sans doute, de l'hystérie, purement et simplement.

Elle se marie en 1878. Peu après arrivent les chagrins domestiques dus à l'inconduite de son mari et à diverses autres circonstances. C'est alors qu'elle devient fleuriste-commissionnaire et qu'elle commence à boire outre mesure, pour arriver au point où vous la voyez maintenant.

La paraplégie est restée stationnaire, ou à peu près, depuis le mois de janvier, époque de son entrée à l'hôpital Beaujon.

Voici le traitement que nous avons institué et que nous continuons d'employer jusqu'à indication contraire.

D'abord la surveillance; inutile d'insister sur ce fait, je crois, il ne faut pas que cette femme prenne désormais une seule goutte d'un stimulant quelconque, au moins tant que la paraplégie ne sera pas guérie.

Dans beaucoup de cas l'isolement, et par conséquent la privation de l'alcool, suffit, sans qu'il soit besoin d'un grand déploiement de moyens thérapeutiques.

Le massage et l'électrothérapie contribueront aussi beaucoup à donner de la tonicité aux muscles affectés et à guérir complètement la paraplégie.

Permettez-moi de vous raconter ici brièvement le cas d'un *sportsman* que j'ai guéri de trois attaques de paraplégie alcoolique des membres inférieurs. La première attaque ne dura que deux mois.

Après sa sortie de la maison de santé, il recommença sa vie de sport et à boire comme de plus belle. Quelques mois après il fut pris une deuxième fois de paraplégie; cette fois, la démarche était plus incertaine, les pieds étaient tombants et la santé générale moins bonne. Mais, grâce à sa robuste constitution, B..... sortit une deuxième fois après quelques mois de traitement. Cette fois, la paraplégie avait guéri, mais déjà on apercevait le début de l'atrophie et une légère rétraction tendineuse.

J'avertis B... encore plus sévèrement que je ne l'avais fait jusqu'alors, qu'il devait à tout prix cesser ses excès alcooliques. Naturellement, il me fit les plus belles promesses, ainsi qu'à sa femme. Tout alla bien pendant quelques mois. Mais, arrivé le temps des courses, voilà B..... qui recommence à fréquenter ses anciens amis et à se griser plus que jamais. Ça ne pouvait pas durer. Au bout de quelques semaines, la paraplégie survint

de nouveau et B..... entra une troisième fois à la maison de santé de M. X.....

Cette fois-ci les rétractions tendineuses devinrent si accentuées qu'il fut nécessaire de faire intervenir le chirurgien. Après un séjour de plusieurs mois à l'hospice, B..... sortit une troisième fois, bien décidé à rompre avec ses anciennes habitudes d'alcoolique.

Je n'en entendis plus parler à partir de ce temps. Cependant, j'ai lu dernièrement qu'il s'était suicidé d'un coup de revolver. Dans quelles circonstances? Je l'ignore.

Je reviens maintenant à la malade pour vous faire constater quelques-uns des phénomènes qu'elle présente, en rapport avec la sensibilité cutanée.

Je pique la peau avec une aiguille, et vous voyez qu'il s'écoule quelques secondes avant que la patiente ressente la douleur de la piqûre: il y a donc un léger retard de la sensibilité. Elle a de plus une hyperesthésie plantaire: le plus léger frôlement de la plante des pieds produit une vive douleur. Ce symptôme était très marqué chez le malade B.... dont je viens de vous raconter l'histoire pathologique. Enfin les réflexes rotuliens n'existent pas. D'un autre côté, elle n'a pas de douleurs en ceinture, aucun trouble vésical, pas de signe de Romberg, etc., etc.

Voilà, en résumé, ce que j'ai cru être de plus intéressant dans le cas de cette malade.

Je pourrais bien vous parler des névrites périphériques que l'on rencontre dans l'alcoolisme, l'ataxie, le diabète, etc., mais je vous entretiendrai là-dessus dans une de mes prochaines leçons.

### TABLEAU MÉTRIQUE.

Le système métrique étant assez souvent mis en usage dans les colonnes de ce journal, le tableau suivant pourra être de quelque utilité à ceux de nos lecteurs qui ne sont pas encore tout-à-fait au courant des détails de ce système.

MESURES DE LONGUEUR.		POIDS.	
1 Millimètre	0.001 = 0.39 pouces	1 Mulligramme.	0.001 = $\frac{1}{1000}$ grains
1 Centimètre	0.01 = .393 "	1 Centigramme.	0.01 = $\frac{1}{100}$ "
1 Décimètre	0.1 = 3.937 "	1 Decigramme..	0.1 = $\frac{1}{10}$ "
1 Mètre	1. = 39.330 "	1 Gramme . . . .	1. = 15.432 grains
1 Kilomètre	1000. = .62 milles	1 Kil. gr....	1000. = 2.7 livres
EQUIVALENTS APPROXIMATIFS.		TEMPÉRATURE.	
1 m ou 1 grain . . . .	= .06 gram	37° Centigr.	. . . . = 98° 6 Fhr.
1 fl drach. ou 1 drach.	= 4. "	88° "	. . . . = 100° 4 "
1 fl oz. . . . .	= 30. "	39° "	. . . . = 102° 2 "
1 oz. . . . .	= 31. "	40° "	. . . . = 104° "
1 fl oz. glycérine. . . .	= 37. "	41° "	. . . . = 105° 8 "
1 fl oz. sirop . . . .	= 40. "	1° Cent. — 1° 8 Fahr. — Pour convertir les Cent. en Fahr., multipliez par 1.8 et ajoutez 32. Exemple: 40° Centigr. (40 x 1.8, plus 32) = 104° Fahr.	

## MALADIES DE L'OREILLE ET DU RHINO-PHARYNX,

### ETUDE ANALYTIQUE ET CRITIQUE,

par A. A. FOUCHER, M. D.,

professeur à l'Université Laval, Montréal, oculiste et auriste  
de l'hôpital Notre-Dame.

Malgré les avantages marqués du traitement de l'inflammation purulente de l'oreille moyenne par la méthode de Bezold (pansement sec à l'acide borique finement pulvérisé) sur les autres modes de traitement, il reste encore un certain pourcentage de cas rebelles. En faire l'aveu équivaut à admettre ce que tout médecin sait : qu'aucun traitement ne saurait convenir indifféremment à tous les cas d'une même maladie. Que d'affections portant le même nom, présentant à peu près les mêmes symptômes, se comportent différemment sous l'effet d'une même médication. Les otorrhées sont de ce nombre. Avant tout, il importe de bien se rendre compte de l'état du tympan et de la muqueuse de la caisse. Les polypes, les granulations, les caries osseuses, nécessitent un traitement préalable. Nous pouvons en dire autant des affections naso-pharyngiennes qui obstruent les trompes ou entretiennent une inflammation permanente dans ce conduit.

Dans les cas difficiles, ayant résisté à nos moyens ordinaires de traitement, le Dr Sexton recommande l'excision des osselets de l'ouïe. L'auteur prétend en avoir obtenu des résultats remarquables. Cette opération, qui paraît avoir du bon, n'est pas à la portée de tous les médecins livrés à la pratique générale, et de plus, elle comporte un délabrement tel des organes contenus dans la caisse qu'il vaut mieux essayer tout autre traitement moins radical avant d'en arriver à celui-là. Baratoux emploie déjà depuis un certain temps l'acide lactique pur ou dilué au  $\frac{1}{2}$  ou au  $\frac{1}{10}$  dans ces sortes de cas. Les succès qu'il en a obtenus ont été confirmés par Asysaguer qui s'en déclare satisfait, surtout dans les otorrhées compliquées de granulations avec carie des os de la caisse.

L'eau oxygénée a été employée et recommandée dans le même but par le Dr Dayton. On sait que l'eau oxygénée a pour effet d'empêcher la putréfaction et d'en faire disparaître rapidement l'odeur. A titre de déodorant, l'eau oxygénée jouerait déjà un rôle précieux dans les écoulements de l'oreille, mais elle a aussi pour propriété de faire disparaître les granulations de la caisse. Les solutions employées ont été de 2% à 12%. A cette dernière dose elle agit en même temps comme anesthésique des muqueuses.

ses et comme telle favorise l'action de la cocaïne. Malheureusement cette combinaison n'est pas stable et ce sera une objection à la généralisation de son usage.

Pour les écoulements simples, non compliqués, il arrive souvent que l'emploi exclusif d'injection désinfectantes tièdes suffit pour obtenir une guérison rapide. Pour ces sortes d'injections on recommande surtout l'acide phénique, le bichlorure de mercure, l'acide borique en solution saturée. Le Dr Fergusson préfère à la solution de bichlorure, l'eau phéniquée au  $\frac{1}{100}$  et il recommande avec raison d'ajouter à cette solution un peu de bicarbonate de soude pour en augmenter le poids spécifique afin que la muqueuse n'absorbe pas. Ceci nous conduit à parler de deux méthodes distinctes de s'attaquer aux écoulements de l'oreille, nous voulons parler du traitement exclusif par les injections ou les substances pulvérulentes.

Une discussion très intéressante s'est engagée à ce sujet au 2ème congrès de la société d'otologie d'Amérique; d'un côté, Roosa, Gruening, etc., imputent toutes sortes de méfaits aux poudres et à l'acide borique en particulier et se contentent d'injections d'eau tiède légèrement astringentes: d'un autre côté, Knapp paraît surpris de la défiance que l'on apporte à l'emploi de l'acide borique en poudre, il en fait usage même dans les cas aigus et déclare n'en avoir jamais obtenu de mauvais résultats. Ces divergences d'opinions proviennent de malheureux cas de méningite ou d'abcès du cerveau (Dr. Gruening) survenus au cours du traitement de l'otite moyenne purulente, probablement aiguë, par la poudre d'acide borique. Il nous paraît peu rationnel de masser l'acide borique dans le conduit auditif d'un patient atteint d'une otite purulente franchement aiguë, dans ces cas surtout où la sensibilité de l'oreille est excessive. Fermer le conduit auditif, de cette façon, en pareille circonstance, c'est augmenter le mal et faire courir certains risques au patient. C'est dans des cas de ce genre, et en agissant de cette manière, que nous donnerions raison à ceux qui disent: "ne guérissez pas votre écoulement, ça va se jeter ailleurs."

Dans les cas franchement aigus, avec sensibilité profonde, il faut s'en tenir aux préceptes de Roosa, se contenter de faire des injections tièdes et de tenir le conduit aussi sec que possible. Ces injections peuvent être faites avec la solution saturée d'acide borique et répétées aussitôt que la matière commence à remplir le conduit; ceci peut varier dans chaque cas, mais dépasse rarement 5 à 6 injections par jour. Lorsque l'état irritatif est diminué ou encore mieux disparu, nous employons la poudre d'acide borique finement pulvérisée et nous en déposons une légère couche au niveau du tympan et de la caisse après injection préalable et assèchement du conduit auditif. Cette première application décide si nous devons continuer le pansement sec ou revenir aux injections. La poudre est-elle bien supportée sans recrudescence



de douleurs, on peut en continuer l'emploi; dans le cas contraire, il faut reprendre les injections tièdes et ne les abandonner que dans les cas où, graduellement, nous avons acquis la certitude qu'elle sera bien supportée. Nous renouvelons ce pansement sec aussitôt que la poudre est devenue humide, ce qui est toujours facile à constater en enlevant la ouate qui ferme le méat auditif externe. Lorsque la poudre reste en place pendant 8 jours consécutifs sans être attaquée par la suppuration, il y a lieu de croire que la guérison est effectuée. On peut alors nettoyer le conduit, le sécher *minutieusement* et *délicatement*, et fermer l'oreille par un bourdonnet de ouate bouchée.

Ce mode de traitement que nous employons depuis sept ans nous a donné un assez fort pourcentage de succès pour nous engager à le continuer encore à l'avenir. Dans aucun cas, en prenant les précautions indiquées ci-haut, nous n'avons eu à enregistrer d'accidents pouvant s'y rattacher.

\* \* \*

*L'otite moyenne scléreuse* est, par sa fréquence et sa gravité, une des plus importantes que nous ayons à traiter. Le tiers des surdités la reconnaissent pour cause, et nos moyens de traitement ont peu ou pas de prise sur cette redoutable et insidieuse affection.

Ne trouverons nous pas un moyen d'améliorer au moins les cas où la perception auditive reste bonne, et ceux où le diapason est entendu par les os du crâne de façon à exclure toute idée d'atrophie du nerf auditif? Pour le moment, on doit se déclarer satisfait de pouvoir promettre au patient de lui conserver le peu qui lui reste. On a bien conseillé différentes opérations sur le tympan, la chaîne des osselets et les muscles qui s'y insèrent, mais le peu d'efficacité dont elles ont fait preuve ne les ont pas vulgarisées. Ces opérations ont été dirigées trop exclusivement du côté du tympan et pas assez sur les parois labyrinthiques. On a attaché trop de confiance aux insufflations d'air par les trompes, on n'a pas assez attaqué le mal au niveau des fenêtres rondes et ovales (Gellé). C'est sur l'étrier surtout que doivent être dirigées les manœuvres opératoires, c'est lui qui immobilisé, soudé par l'effet de brides ou par le raidissement de toutes les jointures de la chaîne des osselets, cause ces excès de tension intra-labyrinthique que Boucheron compare aux phénomènes de tension intra-oculaire au cours du glaucome. Pour combattre cet excès de tension, Del tanche a fait construire une pompe aspirante destinée à attirer le tympan au dehors et à mobiliser la chaîne des osselets. Cet instrument ne nous a pas donné les résultats que nous en attendions, quoique nous l'ayons employé dans un grand nombre de cas avec une patience digne d'un meilleur succès.

Les autres méthodes opératoires suggérées dans le même but

n'ont guère donné de satisfaction, entr'autres la perforation du tympan, recommandée par Cooper, Itard ; la myringodectomie de Weber-Liel et Miot ; la plicotomie de Politzer ; la perforation de l'apophyse mastoïde de Wilde.

Dans un mémoire présenté à l'Académie des sciences, le 23 avril dernier, le Dr. Boucheron revient à la charge et propose de mobiliser l'étrier pour décompresser le labyrinthe, lorsque cet osselet est fixé dans une position vicieuse d'enfoncement vers le labyrinthe et lorsqu'il tend à s'enkyloser dans la fenêtre ovale. La mobilisation de l'étrier, de même que la paracentèse de la fenêtre ronde, donnerait des résultats satisfaisants. Ce que l'auteur n'a pas encore fait est d'indiquer son mode opératoire, car le fait seul de mobiliser l'étrier n'est pas nouveau. Quant à comparer la pression labyrinthique exercée par l'étrier à l'excès de tension intra oculaire du glaucome, il peut y avoir du vrai dans l'analogie, mais nous ne voyons pas encore clairement en quoi le traitement qu'il propose pour guérir ce nouveau glaucome de l'oreille sera supérieur aux autres qui ont été préconisés dans le même but.

Le professeur Urbantschitsch a étudié les troubles de la sensibilité survenant au pourtour de l'oreille dans les cas d'inflammation de la caisse du tympan. Il y aurait, d'après cet auteur, une différence au toucher et à la température entre le côté malade et le côté sain, phénomène qui disparaîtrait après usage du Politzer. Dans cet ordre de phénomènes nous avons observé dernièrement, grâce à l'obligeance d'un confrère, une patiente atteinte de surdité complète, qui sous l'effet d'attouchements cutanés subits ressentait une impression pénible dans les oreilles, un bruit violent qu'elle comparait à celui que produit la vaisselle qui se brise.

\* \* \*

Dans les cas de *bourdonnements de l'oreille*, il est important de pouvoir dire lequel, de la caisse ou de l'oreille interne, en est la cause. D. Grand soutient que la compression des carotides diminue les bourdonnements lorsque l'oreille moyenne est intéressée, tandis que la compression des vertébrales les diminue lorsqu'il s'agit de l'oreille interne. Il y a des cas où les deux causes se surajoutent l'une à l'autre ; l'expérience précédente perd alors de sa valeur.

\* \* \*

Tandis qu'en ophtalmologie nous avons une méthode précise de calculer l'acuité visuelle, en otologie cette méthode est encore bien défectueuse et imparfaite.

Au deuxième congrès de la Société d'otologie d'Amérique, une commission composée des Drs Knapp, Prout, St John Roosa a

été nommée pour déterminer sur quelles bases doit reposer la mesure de l'acuité auditive. Cette commission n'a rien ajouté à ce que nous savions déjà, que la montre à battements faibles est le meilleur moyen de mesurer les faibles degrés, et l'accoumètre à sons forts, les forts degrés de la surdité.

La voix doit être employée sous ses trois formes habituelles: murmurée, ordinaire, élevée.

La voix chuchotée peut être employée avec avantage surtout chez les enfants. Chez ces derniers l'épreuve de la montre est moins précise parce que les enfants ont une tendance à donner des réponses contradictoires. Lorsque la voix chuchotée est employée, il est plus facile de constater si l'enfant a entendu, en lui faisant une demande qui nécessite une réponse ou en lui faisant répéter la demande. Lorsqu'on procède à l'examen de l'acuité auditive, il importe de prendre en considération, pour un même son, la grandeur et la hauteur de l'appartement, l'ameublement et les tapis qui couvrent le plancher, les bruits extérieurs, l'atmosphère, etc. Une montre dont le tic-tac est entendu à 20 pieds dans un appartement complètement libre peut n'être plus entendue qu'à dix pieds s'il y a un tapis sur le plancher, et encore moins loin si une fenêtre est ouverte.

Quant au diapason, les indications qu'il fournit, quoique précieuses, ne sont pas toujours précises. Par exemple, l'impossibilité de faire entendre le diapason par les os du sommet du crâne ne constitue pas un signe certain de surdité nerveuse, de même l'impossibilité de latéraliser le son du côté de la mauvaise oreille (expérience de Weber).

Gellé vient de publier une étude séméiologique du rôle de cette épreuve dans le diagnostic des maladies de l'oreille. Nous reproduisons ici quelques-unes des conclusions de ce travail: "La pression digitale du méat auditif se confond avec l'occlusion, mais agit sur l'appareil conducteur jusqu'au labyrinthe. Elle peut mettre en jeu les réflexes biauriculaires; mais elle n'est pas graduée; elle est souvent inégale et difficile à bien exécuter; elle est quelquefois mal supportée par le sujet. Cette expérience peut renseigner sûrement sur l'état des parties profondes, sur leur mobilité et sur le jeu de l'étrier même. La possibilité de mobiliser, de déplacer le son du diapason vertex constitue un excellent signe pronostique, que le son soit latéralisé ou reste central.

"Cependant l'action de la pression digitale, nulle au début, peut devenir effective plus tard, la réapparition de la mobilisation du son crânien coïncide avec la franche amélioration de l'état pathologique; quand celle-ci se fait attendre, la mobilisation reste impossible le plus souvent."

Ces expériences, quoique très instructives et pratiques, ne nous donnent pas encore un moyen de calculer l'acuité auditive aussi

facilement et d'une manière aussi précise que pour la mesure de l'acuité visuelle. Il en résulte que les observations, ne reposant pas sur une même épreuve, manquent d'exactitude et ne peuvent servir de points de comparaison. Quand nous lisons l'histoire d'un cas où il est dit que la montre est entendue à 50 centimètres, nous pouvons toujours nous demander à quoi correspond cette acuité auditive avec la montre dont nous nous servons. Il faudrait donc avoir à l'usage des otologistes, un même accoumètre pouvant donner les sons graves et aigus de la gamme, mais d'une intensité toujours égale; il resterait à établir à quelle distance et dans quel milieu un son donné est entendu par une oreille normale. Les calculs pour l'état pathologique seraient ensuite faciles.



Les employés de chemins de fer sont, maintenant, dans les principaux pays de l'Europe, soumis à un examen rigoureux relativement à la perception des couleurs. Cette mesure a été adoptée à la suite de plusieurs accidents survenus par la faute d'employés ne distinguant pas la couleur des signaux. Les otologistes commencent à faire valoir la valeur d'un semblable examen pour le sens de l'ouïe.

Les signaux de chemins de fer étant de deux sortes, ceux qui sont vus et ceux qui sont entendus, il est tout rationnel d'exiger que ceux qui tiennent la vie de milliers de personnes entre leurs mains, ne puissent pas commettre d'erreur fatale due à l'absence ou l'affaiblissement des sens qui seuls peuvent leur révéler l'existence d'un danger.

M. Lichtenberg a fait un relevé de 250 employés examinés au hasard dans différentes compagnies de chemins de fer et de navigation; il a constaté que 92 étaient atteints d'affections auriculaires, causant une surdité plus ou moins prononcée; les affections étaient les suivantes: formes catarrhales 32, otite externe 30, affections du pavillon 37, otite labyrinthique, 3. Ces chiffres parlent d'eux-mêmes.

D'après les renseignements que nous avons pu obtenir, l'examen sérieux des employés de chemins de fer et de navigation n'est pas fait, dans notre pays, non seulement par les Compagnies privées, qui apprécient toujours ces questions au point de vue le plus mesquin, mais même par le gouvernement. Nous avons eu sous nos soins un employé du gouvernement, au canal Lachine, dont l'unique occupation, depuis nombre d'années, consistait à signaler les vaisseaux par la couleur rouge ou verte de leurs lanternes; malheureusement, le sujet ne distinguait aucune de ces couleurs depuis 15 ans et de plus était atteint d'une myopie excédant 6 dioptries. Nous connaissons un des principaux employés de la commission du havre, qui est de service actif sur le fleuve; son acuité visuelle est réduite à 1/20 d'un seul œil, l'autre étant perdu complètement.

Il n'est pas empressé de demander sa retraite, son intérêt personnel l'explique aisément, mais le gouvernement pourrait avoir à son service des employés moins dangereux, s'il exigeait de temps à autre un examen approprié.

La question a été soulevée depuis longtemps dans d'autres pays, et résolu dans le sens de l'intérêt public; il est déplorable de constater que le Canada continue à rester en arrière, au moins sur ce point là; l'excuse ne repose pourtant pas sur la rareté des accidents.

\* \* \*

*Les cornets acoustiques.*— Sous ce titre le Dr. J. A. Rattel a fait une étude des indications de ces instruments pour remédier à la surdité. Ils conviennent pour toutes les maladies de l'oreille externe ou moyenne dans lesquelles le traitement est impuissant. Ils sont inutiles pour les surdités de cause nerveuse. Leur emploi peut faciliter beaucoup l'éducation des sourds accidentels ayant conservé un certain degré d'audition, par conséquent les professeurs dans les institutions de sourds-muets devraient en faire usage.

\* \* \*

Puig, dans une thèse de Lyon, a fait une étude des *blessures de l'oreille par armes-à feu*. Nous reproduisons ici les conclusions de cet excellent travail :

1<sup>o</sup> Les blessures par armes-à feu se compliquent très souvent de la présence d'un corps étranger ;

2<sup>o</sup> Le projectile peut s'arrêter dans le conduit auditif externe, se loger dans le rocher ou pénétrer dans la cavité crânienne ;

3<sup>o</sup> On observe à la suite de ces blessures, qui entraînent après elles une surdité presque toujours absolue, des complications nombreuses (hémorrhagie primitive et secondaire, paralysie faciale, vertiges, otite moyenne purulente aiguë, troubles oculaires, aliénation mentale) ;

4<sup>o</sup> Les cas de tolérance pour les projectiles situés dans cette région sont relativement assez fréquents ;

5<sup>o</sup> La recherche immédiate du corps étranger *ne doit jamais être pratiquée* ;

6<sup>o</sup> L'intervention chirurgicale tardive n'est indiquée que lorsque le malade présente des accidents sérieux (suppuration fétide, douleurs violentes, etc.).

\* \* \*

Il arrive souvent en pratique otologique qu'il soit nécessaire de sécher le conduit après chaque injection; en général, on fait usage, dans ce but, de la ouate hydrophile. Ce procédé ne réussit pas toujours à enlever toute l'humidité du conduit ou de la caisse; de

plus, son application est assez souvent douloureuse, et comme telle gagne à être remplacé, par un autre procédé exempt de ces inconvénients. Les docteurs Couetoux et Hamon, du Fougeraz, viennent d'imaginer un appareil qui nous paraît très ingénieux et destiné à rendre de bons services. L'appareil consiste en un ballon de métal surmonté d'un tube à double courant dont l'un communique à une éprouvette remplie de chlorure de calcium et reliée elle-même à une poire en caoutchouc. En pressant sur la poire, un courant d'air se dessèche à travers le chlorure de calcium et se réchauffe dans le ballon exposé à la flamme d'une lampe à alcool. Cet air chaud, qui en moins de dix minutes peut être porté à 50° cent; est dirigé dans l'oreille à l'aide de la seconde tubulure adaptée au ballon.

\*.\*

Au sujet des *tympan artificiels*, Waguier, de Lille, soutient qu'ils ne sont pas aussi en usage qu'ils devraient l'être, qu'ils sont bien mieux tolérés qu'on ne le croit généralement. Ceux qui emploient la boulette de coton de Yearsley se servent de coton rendu antiseptique au moyen de l'acide borique, salicylique ou thymique. Delsanche enroule un fil métallique très fin autour du petit tampon bien serré et disposé de façon à ce qu'il présente une sorte de pédicule. Ces tympan artificiels sont très faciles à confectionner et dans beaucoup de cas où ces petits instruments sont indiqués, ils valent les plus compliqués et les plus dispendieux.

Le mode d'introduction est facile, ce qui doit entrer en ligne de compte, puisque les patients doivent apprendre à se l'appliquer eux-mêmes, de plus, il est moins irritant que les appareils à plaque obturatrice, par conséquent, il est mieux supporté. Ces derniers cependant ont leur indication dans certains cas où la boulette de coton ne réussit pas.

La question des tympan artificiels est, dans ce pays, une mine inépuisable pour les charlatans, et il est certain que ces derniers en vendent beaucoup plus qu'il n'y a de perforations du tympan. D'une manière générale, il est impossible de dire à l'avance quels sont les sujets qui seront améliorés par le tympan artificiel. Le nombre en est relativement restreint et se répartit parmi ceux qui ont une perforation du tympan sans otorrhée et une perception auditive par la voie osseuse conservée. Quant aux surdités de cause scléreuse, il est exceptionnel que le tympan artificiel puisse les diminuer. Si le phénomène se produit, il est dû à la pression exercée sur les osselets de l'ouïe et le liquide labyrinthique.

\*.\*

Maintenant que les manœuvres opératoires devenues plus hardies se portent plus souvent sur les parois labyrinthiques, il

est intéressant de pouvoir se renseigner sur le degré de mobilité de l'articulation stapédo-vestibulaire. Miot, dans un mémoire lu à la Société française d'otologie, a exposé le résultat de ses expériences sur les pressions centrifuges et centripètes sur la membrane du tympan employées comme moyen de diagnostic et de traitement. Voici les conclusions de ce travail :

1<sup>o</sup> Les pressions faibles exercées sur les tympans des personnes douées d'une acuité normale produisent une action légère sur l'articulation stapédo-vestibulaire. Les pressions moyennes et fortes causent seules des symptômes subjectifs évidents de compression, tels que bourdonnements, étourdissements, etc. Ces symptômes se manifestent suivant la sensibilité des sujets, après des pressions variables.

2<sup>o</sup> Les pressions faibles n'ont guère d'action sur l'articulation stapédo vestibulaire chez les malades affectés d'otite moyenne scléromateuse. Elle doit être d'autant plus forte pour produire un effet que cette articulation fonctionne moins bien. Les pressions moyennes et fortes appliquées au diagnostic des modifications pathologiques de cette articulation permettent seules de reconnaître si celle-ci est plus ou moins ankylosée. Leur emploi, à des intervalles convenables, peut modifier avantageusement, dans un certain nombre de cas, ces états pathologiques qui ne cesseraient pas de s'aggraver s'ils étaient abandonnés à eux-mêmes.

\* \* \*

Le Dr. Jacquemart faisant une étude critique des insufflations d'air dans les oreilles par le procédé de Politzer, déclare ce procédé insuffisant dans un grand nombre de cas. La pression de l'air n'est pas toujours assez forte pour franchir les obstacles créés par les trompes peu ou pas perméables. Au lieu d'une simple poire Politzer, l'auteur fait usage de la poire à double ballon de Richardson, la deuxième boule pouvant acquies et donner une force double et triple de la poire Politzer. Cet appareil est mis en communication avec un réservoir à deux tubulures contenant :

- |  |                   |
|--|-------------------|
| 1 <sup>o</sup> Goudron de Norvège,                             | } parties égales. |
| 2 <sup>o</sup> Teinture iode préparée avec l'alcool éthylique, |                   |
| 3 <sup>o</sup> Camphre.  |                   |

L'auteur prétend, par ce moyen, augmenter la pression de l'air passant par les trompes et porter des vapeurs médicamenteuses sur la muqueuse de la caisse.

Ces conditions peuvent être remplies d'une manière plus rapide et plus certaine à l'aide d'un réservoir à air comprimé surmonté d'un manomètre. Quant aux vapeurs d'iode, si on peut les porter dans la caisse, dans les cas où il n'y a pas de perforation du tympan, on peut y réussir aussi bien en utilisant comme en-bout

nasal une petite boule en caoutchouc durci, s'ouvrant en pas de vis de façon à pouvoir renfermer une petite éponge imprégnée de la substance volatilisable.

Quant à la possibilité d'introduire ces substances dans l'oreille moyenne en l'absence de toute perforation du tympan, il y a là une question qui ne nous paraît pas avoir été assez étudiée et approfondie. En faisant de nombreuses expériences, à ce sujet, nous avons constaté, conformément d'ailleurs avec les lois élémentaires de la physique, qu'on ne peut, dans une cavité close, porter aucun liquide et aucune vapeur avec une pression même intense, à moins de pouvoir établir un déplacement de l'air contenu dans telle cavité.

Pour ces expériences, nous avons construit une ampoule en verre de même capacité que la caisse communiquant à un tube de la longueur et à peu près du calibre de la trompe d'Eustache; nous n'avons jamais pu réussir, dans un semblable appareil, à introduire ni liquide, ni vapeur d'iode, ni autre vapeur susceptible d'être signalée par un réactif. La différence qui existe entre notre oreille moyenne factice et la véritable dans les cas d'otite moyenne sécléreuse, consiste dans la mobilité de certaines portions des parois de la caisse, mobilité assez souvent très limitée, et une raréfaction d'air préalable. Mais en simulant cette raréfaction, en l'exagérant même, nous n'avons pas plus réussi dans nos expériences. D'ailleurs, ce n'est pas dans une caisse où l'air est raréfié que l'on introduit ordinairement les liquides ou gaz, puisque les auteurs (Pclitzer et autres) conseillent de faire une insufflation d'air préalable. Si la caisse est déjà remplie d'air au moment de l'injection de liquides ou de vapeurs, comment pouvons-nous espérer en opérer le déplacement. Pour que les liquides ou les gaz ne s'échappent pas dans le pharynx, il faut que le bec du cathéter soit juxtaposé à l'ouverture de la trompe, or, dans ce cas le liquide ou les gaz poussés même avec force ne feront qu'augmenter la pression sur l'air déjà contenu dans l'oreille moyenne, *par vis a tergo*, rien de plus.

Si les vapeurs médicamenteuses sont poussées dans la caisse par la poire Politzer seule, sans le cathéter, elles se perdent dans le pharynx sur l'ouverture cartilagineuse de la trompe; s'il y a insufflation d'air préalable, la pression est augmentée dans la caisse, voilà tout; s'il n'y a pas eu d'insufflation préalable, l'air contenu dans le pharynx est poussé le premier, les vapeurs arrivent donc trop tard, la place est prise.

Nous le répétons, l'étude expérimentale soulève des doutes sérieux sur le succès opératoire des injections liquides ou gazeuses dans la caisse en l'absence de perforation du tympan.

Nous serons en mesure de préciser davantage la valeur des objections que nous venons de formuler lorsque nous aurons complété la série d'études expérimentales que nous avons entreprises à ce sujet.



## REVUE ANALYTIQUE

## des travaux du troisième Congrès français de Chirurgie,

par A. T. BROUSSEAU, M. D., Montréal.

*Suite et fin.*

Les traits les plus saillants du discours de M. Verneuil sont :

1<sup>o</sup> Une revendication énergique en faveur de la chirurgie française attaquée par un chirurgien étranger.

2<sup>o</sup> Un plaidoyer éloquent dans lequel il fait valoir les avantages de la méthode *conservatrice* dans la cure des affections chirurgicales telle que pratiquée en France.

3<sup>o</sup> La chirurgie fait œuvre utile en mesurant son intervention selon les cas qui lui sont proposés, et en n'engageant l'action opératoire qu'après en avoir sainement apprécié toutes les chances de succès.

4<sup>o</sup> Asssez souvent, malheureusement, on voit des chirurgiens, se laissant gagner plutôt par l'attrait de la nouveauté ou par un amour effréné de la renommée que par le désir de conserver la santé des patients, tenter des opérations sérieuses qu'il serait plus rationnel de ne pas tenter.

Ce conseil de l'éminent professeur qui a vieilli sous le barnais doit être mis en pratique, tant dans l'intérêt de la saine chirurgie que dans l'avantage des opérés. Ce discours de maître a eu un grand retentissement dans tout le monde médical, et produira, espérons-le, un bon effet.

Je passe maintenant à la revue analytique des principaux sujets discutés par les chirurgiens présents au Congrès.

*Réséction du poignet dans l'ankylose ; l'abaissement d'une articulation mobile.*—Cette opération a été préconisée par M. OLLIER (de Lyon) qui, comme on sait, fait autorité, quand il s'agit de maladies des articulations et de résections.

La résection du poignet, suivant M. Ollier, serait très avantageuse dans l'ankylose avec difformité exempte de flexion antérieure, position très défavorable, pour le bon service du membre.

Il est, cependant, reconnu que les cas d'ankylose du poignet qu'une résection peut améliorer, sont rares.

*Extirpation du larynx.*—L'extirpation du larynx est une tentative chirurgicale d'une grande hardiesse ; elle est ordinairement pratiquée pour cause de cancer ; les récidives sont fréquentes. Cependant il est rationnel de tenter l'opération dans un bon nombre de cas et dans de certaines conditions, par exemple, quand le cancer est enfermé dans l'intérieur du larynx, sans retentissement au dehors.

Alors l'extirpation se trouve absolument indiquée, car c'est la seule chance de guérir le malade. La question d'extirpation du larynx est d'une actualité considérable; en effet, l'important personnage qui vient de succomber au cancer de cet organe serait-il mort, si (lorsque, il y a plus d'un an, la maladie étant probablement encore locale) l'extirpation du larynx eut été pratiquée?

Bergmann et les grands chirurgiens allemands n'ont-ils pas diagnostiqué un cancer dès le commencement de la maladie? Le spécialiste Morell Mackenzie, n'a-t-il pas différé d'opinion avec eux? et pourtant l'opération n'a pas été pratiquée. Il en est des cancers du larynx comme des cancers du sein; opérez à bonne heure, très à bonne heure même, si vous voulez avoir une chance de succès, c'est-à-dire pas de récurrence.

N'est-il pas rationnel de se demander, si le prince impérial d'Allemagne avait subi l'extirpation totale du larynx, lorsque les chirurgiens allemands eurent fait le diagnostic de cancer, n'est-il pas rationnel, dis-je, de se demander si on ne lui aurait pas sauvé ou au moins prolongé la vie? Il s'écoulera bien des années avant qu'une occasion se présente, dans laquelle l'intervention ou la non-intervention chirurgicale aura été aussi grosse de conséquences sur la destinée des peuples.

Il est très probable que si Napoléon III s'était laissé sonder par ses chirurgiens qui soupçonnaient un calcul vésical, la désastreuse guerre franco-allemande n'aurait pas eu lieu, car Napoléon, sachant que sa propre existence était menacée, n'aurait pas déclaré la guerre. Alors, que de milliers d'existences auraient été épargnées.

Dans le cas de l'Empereur Frédéric, il y a eu dissidence d'opinion entre les chirurgiens, et les idées de l'optimiste Mackenzie ont prévalu. Trop souvent, malheureusement, les médecins consultants diffèrent d'opinion avec le médecin ordinaire, soit par orgueil ou par jalousie. A dire comme un autre il n'y a aucun mérite, aucune gloire; l'ambition, l'intérêt personnel l'emportent même quelquefois sur les intérêts bien entendus du patient.

Quelle responsabilité incombe au médecin dans de certaines occasions!

*De la conduite à tenir dans les blessures par coup de feu des cavités viscérales.*—M. CHAUVEL dit: pour les blessures du crâne, de la poitrine et de l'abdomen, produites par coup de feu, de tout temps l'expectation et l'intervention ont eu des partisans convaincus; mais les conditions ont aujourd'hui changé, et l'introduction de l'antisepsie dans la chirurgie de guerre a modifié les errements suivis jusqu'à présent.

Cependant la conduite des chirurgiens varie encore. Les uns sont de fervents interventionnistes, les autres sont plus ou moins partisans de l'abstention opératoire.

Dans les blessures de l'abdomen, les américains sont en faveur

d'une intervention immédiate : nettoyage du péritoine et suture de l'intestin.

Les signes pathognomoniques de la blessure de l'intestin sont l'issue des matières intestinales et la hernie d'un viscère. La mort survient ou par hémorrhagie ou par péritonite septique.

Dans les plaies pénétrantes du crâne par armes à feu, le traitement doit être surtout un traitement d'attente ; il faut se contenter de lavages antiseptiques et de pansement sous la gaze iodoformée, puis avoir recours aux applications froides s'il survient des phénomènes inflammatoires.

*Valeur de la cure radicale des hernies au point de vue de la guérison définitive.*—M. SOGIN (de Bâle) fait l'exposé des résultats qui lui sont propres sur ce sujet si actuel et si important ; il a opéré 75 fois dans des cas de hernie libre et 85 fois dans des cas de hernie étranglée, la cure radicale s'ajoutant à la kélotomie d'urgence.

Dans les 75 premières opérations : 5° morts ; sur les 85 autres : 11 morts—38% de récurrence.—Je cite quelques-unes de ses conclusions : 1° La guérison radicale n'est pas un leurre. 2° L'opération est le complément obligé de toute kélotomie entreprise pour étranglement. La résection du sac n'apporte pas un surcroît de danger ; il est même mieux d'enlever largement toutes les parties qui ont été en contact avec l'intestin étranglé, puis fermer hermétiquement la plaie péritonéale par une ligature serrée. Il faut profiter de l'occasion pour obtenir une guérison totale. 3° Le traitement bien compris s'adressera donc à la cause du mal : le sac est béant, il faut le fermer.

M. LÉONTE (de Bucharest) après l'incision du sac et la réduction de l'intestin, incise alors circulairement la séreuse au niveau du collet. La séreuse du bord supérieur de cette incision a une tendance à se recoquiller en dedans, ce qu'il est à propos de faire avec la pince ou l'ongle. C'est ainsi que se trouve oblitéré l'orifice supérieur du trajet herniaire. Certains auteurs conseillent le port d'un bandage après l'opération, d'autres n'en veulent pas.

M. ROUTHIER (de Paris) résume son opinion sur le sujet comme suit : " Je propose la cure radicale. 1° pour toute hernie étranglée dans laquelle l'intestin peut être réduit ; 2° pour toute hernie qui ne peut être complètement, constamment et facilement contenue."

Voici le résumé de l'opinion de TRÉLAT sur la *cure opératoire* de la hernie : Une hernie habituellement réduite et facilement maintenue ne réclame pas d'opération, puisque 40 0/0 des hernieux opérés sont obligés ensuite de porter un bandage. La bégnite du procédé encourage à l'intervention.

Il y a diverses façons de faire, divers procédés de cruantation du sac, peu importe, pourvu qu'on atteigne le but qui est de détruire le trajet, l'oblitérer.

M. DEMONS (de Paris) est en faveur de l'opération, mais pour qu'elle soit radicale, il faut que les hernieux portent un bandage, mais léger, puisque ce bandage est préventif d'une récurrence. Les bandages nécessités n'ont rien de commun avec les instruments de torture que les malheureux devaient appliquer auparavant pour mal contenir leur intestin.

*Traitement chirurgical de la tuberculose de la vessie.* — M. F. GUYON a essayé, pour la vessie, le traitement chirurgical que l'on met en œuvre aujourd'hui, lorsqu'il s'agit de tuberculoses locales extérieures—il ouvre la vessie par la voie abdominale, fait le grattage et la cautérisation des parties malades.

Ce traitement hardi ne doit être osé que lorsque le mal est limité nettement à la vessie; les urines renfermant des bacilles tuberculeux—il est probable que cette pratique mettra du temps à se généraliser.

MM. TERRIER, ROUTIER, POZZI et RICHELLOT ont émis leur opinion sur l'hystérectomie vaginale, l'emploi des pinces à forcipressure, etc.

L'hystérectomie vaginale est indiquée toutes les fois que l'utérus est mobilisable, mais elle est contre-indiquée quand on ne peut abaisser l'utérus, ce qui veut dire que les ligaments larges sont envahis.

L'hystérectomie est encore contre-indiquée quand il y a envahissement même limité du vagin. Dans ces cas, le traitement chirurgical palliatif est d'un très grand secours contre l'hémorrhagie, le suintement ichoreux et les douleurs, le curetage, suivi de la cautérisation ignée. Le procédé de pincement, comme moyen hémostatique, est un perfectionnement de l'opération par sa simplification qu'il lui a apportée.

Le traitement des tumeurs érectiles par l'électrolyse est fortement préconisé par M. SCHWARTZ (de Paris); en effet, ce traitement des tumeurs réunit la bénignité, la simplicité et l'efficacité.

Cette méthode peut aujourd'hui (grâce au perfectionnement de l'instrumentation) être utilisée par tous.

*Technique des corsets orthopédiques* — M. RÉDARD, de Paris, conseille au chirurgien de confectionner lui-même ses corsets orthopédiques.

Ces corsets devront toujours être amovibles, légers, élastiques et résistants; le feutre poroplastique, le gutta-percha, mais surtout le plâtre, et le silicate de potasse, se prêtent admirablement aux manœuvres nécessaires à la confection de ces appareils.

*Des suppurations chroniques de la plèvre et de leur traitement.* — LEFORT dit que l'opération de Letiéviant-Estlander est une bonne opération, mais elle est suivant les cas indiquée ou contre indiquée.

BERGER est au contraire partisan de la réserve et de la modération en fait de résections costales.

OLLIER dit: au point de vue des résultats il y a de grandes différences suivant l'âge des opérés et suivant le manuel opératoire.

Chez les enfants, il faut de petites incisions, car grâce à l'élasticité du thorax, la paroi s'affaisse aisément. Chez l'adulte, il faut procéder par de larges désossements. Les résections doivent porter sur les parties latérales du thorax.

MOLLIERE (de Lyon) dit : La costotomie est devenue une opération très facile et très efficace.

*Des opérations plastiques du palais chez l'enfant.*—EHRMAN (de Mulhouse) dit : La condition indispensable à la nécessité de l'uranoplastie est le soin ultérieur de l'opéré, il faut pouvoir compter sur l'auxiliaire d'alimenter le petit malade et de lui maintenir les parties réunies dans le plus grand état de propreté ; opérer avant que l'enfant ait l'usage complet de la parole, afin de ne pas avoir à lutter ultérieurement contre les vices de prononciation.

*Perfectionnements de la taille hypogastrique.*—M. GLYON conclut ainsi : 1<sup>o</sup> Pénétrer dans la vessie d'emblée, par ponctions, au lieu d'inciser couche par couche ;

2<sup>o</sup> La vessie, une fois cuverte, devra être suspendue par des fils, manœuvre qui permet les allées et venues nécessaires à l'extirpation d'une tumeur, des calculs, etc.

3<sup>o</sup> Faire le drainage de la vessie avec deux tubes superposés.

*Traitement des pseudarthroses.*—Suivant M. TILLAUX, le premier point consiste à se débarrasser du faisceau musculaire ou de la bride fibreuse qui s'interpose entre les fragments osseux et qui est la cause majeure de la non réunion.

La suture osseuse n'est pas nécessaire ; la fracture du fémur se consolide très bien dans un appareil à extension continue.

Il n'est pas absolument nécessaire non plus, que la juxtaposition bout à bout des os ait lieu,—il est d'observation que les os se soudent en chevauchement par une consolidation latérale.

On peut se dispenser de réséquer les extrémités osseuses, il sera suffisant de rafraîchir les fragments.

La pseudarthrose du fémur ou autre sera traitée comme une fracture compliquée.

Je ne saurais citer l'opinion de M. Tillaux, sans la recommander d'une façon toute spéciale aux lecteurs de L'UNION MÉDICALE.

En effet, M. Tillaux, que j'ai eu l'avantage d'entendre quatre ou cinq fois par semaine, durant mon séjour à Paris, est certainement un des chirurgiens dont l'opinion doit faire autorité. Ses fortes études, son expérience de près de trente ans comme chirurgien des hôpitaux lui méritent la confiance des confrères.

Qu'il était agréable et instructif de suivre ses leçons ! Sa diction facile, ses descriptions claires, ses appréciations pleines de science et de jugement faisaient de lui avec raison le favori des élèves.

Comment se fait-il que des hommes si bien doués pour l'enseignement universitaire ne parviennent pas au professorat ?

Le Dr. PICQUÉ (de Paris) est d'opinion que dans le *traitement des anévrismes*, les opérations directes doivent prendre le pas sur les méthodes non sanglantes.

La compression digitale ou mécanique ne devra être essayée que dans les anévrysmes à marche lente, et encore sans trop s'attarder à ce moyen.

*Récidive des néoplasmes opérés.*—M. CAZIN (de Berck sur Mer) a fait, de 1862 à 1886—564 ablations de tumeurs récidivables.

Ce chiffre est réellement effrayant, mais n'est cependant pas en disproportion avec les statistiques des hôpitaux de Paris—qui s'élèvent souvent jusqu'à 50 morts par semaine, suite de maladies cancéreuses.

Préceptes à suivre :

Extirper très largement le mal au delà des limites saines qui entourent le néoplasme. Aller chercher, en opérant, dans le creux sous claviculaire, derrière la clavicule, un ganglion insoupçonné. Le plus important dans l'opération est d'avoir fait une opération complète et non d'avoir une cicatrisation rapide.

M. VERNEUIL se demande s'il y a moyen de prévenir les récides des néoplasmes? Je le pense, répond ce clinicien d'expérience, et cela par deux ordres de moyens. D'abord par les procédés opératoires, ablation large, curage de l'aisselle, etc., etc., ce sont ceux qu'on adopte en Amérique.

J'ai vu faire l'été dernier, à New-York, une extirpation du sein qui a duré au-delà de trois heures, tant le chirurgien a mis de soins à nettoyer tout le creux de l'aisselle; non-seulement les ganglions ont été scrupuleusement enlevés, mais aussi les moindres parcelles de tissu cellulaire; il n'est resté que les muscles. L'incision s'étendait jusque sur le quart supérieur du bras, afin de faciliter l'évidement, et cela dans le but d'empêcher une récidence. Les autres régimes sont médicaux, un régime alcalin constamment soutenu, de la magnésie, l'arsenic,—surveiller aussi le régime alimentaire.

M. RECLUS, dans un travail très consciencieux, a cru pouvoir établir que les individus soumis au régime végétal exclusif sont à peu près indemnes du cancer.

Par contre, nous laisserons de côté l'iodure de potassium qui ne peut servir que dans les cas hybrides où la syphilis se marie au cancer: "Mon impression, dit encore Verneuil, c'est que nous voyons aujourd'hui trois ou quatre fois plus de cancers qu'il y a quarante ans. A quoi cela peut-il tenir? la cause n'en est-elle pas dans le régime alimentaire très modifié? On a abandonné presque complètement les végétaux; on est devenu de plus en plus carnivore, athritique et cancéreux."

M. PONCET.—La récidence des néoplasmes doit être considérée comme fatale, s'il y a hérédité cancéreuse directe et s'il y a adénopathie.

La meilleure mesure prophylactique est d'enlever la tumeur complètement et rapidement. Dans de certaines conditions par

trop défavorables, il est mieux de ne pas s'exposer aux récidives en n'opérant pas du tout.

M. LABBÉ (de Paris)—Nous sommes tous aujourd'hui d'accord sur la nécessité d'enlever les néoplasies malignes et toute la zone qui les entoure, dans des proportions exagérées, et de curer sans ménagement toute la région ganglionnaire correspondante.

M. LABBÉ, comme le professeur Verneuil, recommande le traitement interne, post opératoire du cancer. Les médications arsénicale et alcaline sont assurément très bonnes. On conseille aussi la teinture de condurango. Plus le cancéreux est jeune, plus il y a de chances de récidive.

Je recommande une fois de plus aux lecteurs de l'UNION MÉDICALE de se conformer à ces sages conseils des chirurgiens d'Europe, touchant les néoplasies récidivables : opérer à bonne heure, faire une opération complète.

En effet, que voyons-nous ici dans nos hôpitaux, des pauvres cancéreux qui nous arrivent en pleine période de *cachexie* cancéreuse, et quand nous leur disons : " mais il est trop tard, vous avez trop attendu," ils nous répondent : " c'est mon médecin qui m'a dit d'attendre, qu'il n'y avait pas de presse, et puis ça ne me faisait pas souffrir."

Et le pauvre malheureux s'en retourne attendre la mort, maugréant contre le médecin qui lui a donné le conseil d'attendre que le néoplasme soit plus gros, qu'il le fasse souffrir.

Je n'ai pas fait mention dans ce résumé d'un certain nombre de sujets discutés dans le congrès, non pas faute d'importance, mais parce que ce rapport eut été trop long.

---

**Contribution à l'étude des rechutes dans la fièvre typhoïde,**  
par Adrien-Eugène LICHT.—Trente observations servent de base à ce travail. La rechute n'est pas une chose anormale, ni exceptionnelle ; elle n'est pas due à une cause accidentelle ; elle est liée à l'évolution même de la fièvre typhoïde. Cette affection procède par poussées successives, comme l'érysipèle, comme le rhumatisme articulaire. Tous les germes, tous les microbes n'évoluent pas toujours en même temps ; leurs évolutions successives peuvent donner lieu à une période d'état prolongée lorsque ces évolutions sont subintrantes, à une recrudescence lorsqu'elles sont consécutives, la seconde succédant à une première en voie de répression, mais non terminée encore ; à une rechute si elles sont consécutives, la seconde succédant à une première complètement terminée.

Montrer par ses observations et ses tracés graphiques que prolongation de la période d'état, recrudescence, rechute, correspondent à une seule et même pathogénie, l'évolution successive des germes, telle était la doctrine exposée par l'élève de M. le professeur Bernheim dans sa thèse.—*Lyon médical.*

## REVUE DES JOURNAUX

## MEDECINE.

**De l'influence du froid sur la pneumonie et le rhumatisme\***

—Clinique de M. le professeur PETER à l'hôpital Necker.—Depuis quelques jours il y a eu dans le service un nombre assez considérable de pneumonies et de rhumatismes. A quoi tient donc cette fréquence relative ?

Le froid est actuellement rejeté comme cause de la pneumonie. En Allemagne, on a osé scientifiquement nier son influence, et même l'Académie de médecine s'est faite l'écho de ces théories.

On pourrait, spécieusement, prouver que le froid ne joue aucun rôle dans la production de la pneumonie. Prenons par exemple la moyenne des pneumonies dans le mois de décembre et la moyenne dans le mois de mars. Nous verrons qu'il y a plus de pneumonies en mars qu'en décembre, et cependant chacun sait qu'il fait plus chaud dans le premier mois que dans le second. Dans le service, en décembre 1887, nous avons eu 8 pneumonies, et en mars 1888, 15. Grisolle nous dit que la plus grande fréquence de la pneumonie est en mars et avril.

Mais si l'on veut entrer dans le vif, on voit que ce ne sont pas les basses températures, mais plutôt les variations qui forment des pneumoniques.

Le printemps en France est un préjugé classique emprunté aux poètes grecs et latins. A Paris, on subit les variations de température les plus longues et les plus étranges. Il résulte de là que l'organisme est profondément troublé. Il résiste moins à ces changements qu'au froid de décembre, contre lequel, du reste, il est défendu par les vêtements. On a, en effet, l'habitude de s'habiller trop légèrement à l'époque du printemps.

D'après toutes les statistiques, il est donc facile de démontrer que les mois où il y a le moins de pneumonies sont les mois les plus froids.

Donc, au point de vue de l'étiologie vraie, nous avons les fréquentes variations de température. Et ce sont les individus vivant au dehors qui sont surtout atteints, les pauvres, les affaiblis.

Comment, au point de vue de la succession des phénomènes, après un refroidissement, y a-t-il apparition d'une pneumonie ou d'un rhumatisme ? Ce n'est pas le poumon, sans doute, qui est refroidi par l'air, ce n'est pas la séreuse articulaire ?



Il y a là vraisemblablement une action réflexe, il y a là une sorte de fluxion sur un organe qui, dans l'espèce, est moins résistant, moins vivant. C'est du tissu conjonctif qui ne vit que par l'hématose, qu'il laisse accomplir passivement. Le poumon est un organe négatif, ne sachant rien faire par lui-même, se laissant traverser par les gaz, par le sang.

Il en est de même pour le rhumatisme. L'endocarde est quelque chose de moins organisé encore que le poumon, il n'a ni vaisseaux ni nerfs. Dans les articulations, s'il y a arthropathie, qui est-ce qui est frappé? C'est le revêtement épithélial, la synoviale, tissu peu vivant encore. Quelles seront les articulations prises de préférence. Celles qui se fatiguent le plus, le genou, le poignet, l'épaule, etc.

L'endocarde est plus souvent frappé à gauche; le cœur gauche travaille plus que le droit. C'est surtout la valvule qui est frappée, elle se meut 60 et quelques fois par minute pendant toute la vie.

Ceci amène aussi aux fluxions rhumatismales.

On incrimine maintenant exclusivement les microbes. Qu'il y ait pneumocoque dans un poumon de pneumonique, ce n'est pas niable, c'est un fait; que la pneumonie soit déterminée par le froid, ce n'est pas niable, c'est un fait.

Alors le froid fait la pneumonie? Le froid fait le pneumocoque?

Ce pneumocoque existe à l'état de diplocoque bienfaisant dans la salive, et plus tard dans le poumon, il est malfaisant?

Comment pénètre-t-il dans le poumon? Il faut qu'il ait passé dans le torrent circulatoire.

Tout ceci n'est pas très clair.

Mais les cellules épithéliales, pourquoi ne pourraient-elles pas fabriquer le pneumocoque? Il y a des cellules qui font bien autre chose, celles qui font le spermatozoïde, par exemple. C'est un fait frappant, et pourquoi ne pourrait-t-on pas admettre que les cellules du poumon puissent faire des spores, organismes simples.

Les microbes pathogènes viennent toujours d'un organisme, ils ne sont pas dans l'air.

*Le froid fait la pneumonie.—Praticien*

**Régime dans la lithiase biliaire.**—Éviter toutes les substances grasses et hydro carbonées qui peuvent fournir de la cholestérine. Les pois surtout sont contre-indiqués, car ils contiennent une substance semblable à la cholestérine. L'emploi exclusif de la viande est à éviter, et les œufs ne sont que rarement permis.—Une alimentation mixte, composée de viande et de légumes verts est celle qui convient le mieux. Les patates sont très convenables, les fruits de même, pourvu qu'ils ne soient pas trop sucrés. Les pâtisseries sont défendues.—Les repas doivent être répétés plus souvent afin de donner un travail plus actif à la vésicule biliaire. Le vin, avec l'eau minérale, est avantageux. Les intestins doivent

être tenus libres et le malade prendre beaucoup d'exercice.—  
*World's Medical Review.*

**Fièvres de surmenage.**—Dans une thèse inaugurale absolument remarquable, le Dr. Victor M. RENDON démontre que cet état se rapproche singulièrement, par ses symptômes, de la fièvre typhoïde; parfois, certains symptômes sont tellement prédominants qu'ils en imposent, malgré l'état typhoïde, pour le début d'une *variole*, plus rarement pour une fluxion de poitrine.

Les processus morbides avec état typhoïde, douleurs épiphysaires et accroissement de la taille des enfants, dits fièvres de croissance, lorsqu'ils sont consécutifs à un surmenage bien évident et incontestable, doivent reconnaître la même pathogénie que les fièvres de surmenage.

Les états pathologiques produits par le surmenage résultent de l'altération du sang et de l'imprégnation de l'organisme par l'accumulation des matières extractives, des leucomaines, en un mot, de tous les déchets de désassimilation des tissus, surabondamment produits, avec insuffisance momentanée d'élimination des émonctoires qui sont sains en général.

C'est à l'accumulation des matières cadavérisées de l'organisme et à l'altération du sang que doivent être attribuées certaines complications: les myosites, les thromboses et les gangrènes spontanées.

L'examen des urines est une recherche pleine d'intérêt dans tous les cas de surmenage, non seulement parce que la quantité d'urée éliminée est le critérium véritable de ces états pathologiques, mais aussi parce que la recherche de la toxicité des urines des surmenés et la recherche de la provenance de chacune des substances extractives avec leur mode d'action spéciale sur leur organisme pourront apporter chaque jour des lumières nouvelles à l'étude de cette question.

Le repos doit être prescrit en premier lieu. C'est le remède efficace et Hippocrate le savait bien quand il disait:

“*Quivis in corporis motu simulac laborare ceperit, quies contra festim lassitudinis est romedium.*”

Le repos doit être absolu, afin qu'il amène le sommeil et rende l'oxygène aux matières *ponogènes*.

On ordonnera les *diurétiques*, parfois un évacuant ou un lavement pour favoriser l'élimination des matériaux de désassimilation accumulés dans l'organisme, et, de préférence, on prescrira le diurétique par excellence, le *lait*, qui est en même temps un aliment, surtout lorsque le cœur sera intéressé, et avant le *digitale*, qui trouvera pourtant parfois son emploi.

L'alimentation doit être saine, peu azotée avant la convalescence, pour ne pas surcharger la circulation déjà encombrée.

Les *limonades* neutraliseront l'acide lactique (Révilliod).

Les toniques seront administrés, mais seulement alors que l'amélioration des symptômes, la défervescence de la température, ou la diurèse avec débâcle d'urée prouveront que l'élimination des produits toxiques est déjà faite ou se fait.

Bien entendu, pour peu que l'hyperthermie persiste, — ce qui est rare, les antithermiques, le sulfate de quinine, etc., sont tous indiqués.

Dans les cas graves, nous emploierons les *inhalations d'oxygène*, qui s'imposent, puisque tout l'organisme en demande.

Enfin, M. Keim préconise dans tous les cas d'épuisement par fatigue l'*essence de térébenthine* administrée sous forme de perles d'après la méthode du professeur Lacassagne (expérience sur un cobaye).

La térébenthine agirait en s'éliminant rapidement par les reins, les muqueuses et la peau et en entraînant avec elle, principalement par l'urine, les matières extractives. En outre, elle augmente les oxydations, sans doute à cause de l'ozone qu'elle contient.

Les frictions vinaigrées pourront être utiles dans le surmenage suraigu en activant la sécrétion cutanée.

Pour les cas suraigus encore pourrait être réservée la *saignée*, qui, comme on le sait, soustrait à l'économie beaucoup plus de matières extractives que toute autre voie d'élimination, la voie rénale exceptée.—*Revue de thérapeutique.*

**Sécheresse du pharynx chez les buveurs de thé**, par le Dr. J. W. DOWNIE, in *Practitioner*.—Il y a environ trois ans, j'attirais l'attention de mes élèves, sur une forme spéciale de pharyngite sèche, se rencontrant chez les femmes anémiques et mal nourries, et que je rattachais, en grande partie, à un usage immodéré de thé, surtout du thé de mauvaise qualité. En interrogeant ces patientes, j'ai appris qu'elles prenaient du thé avec presque chaque bouchée de nourriture et que ce thé inférieur n'était pas simplement infusé, mais qu'il était littéralement bouilli.

Pendant un certain temps, en sus de la proscription rigoureuse du thé, (substituant du lait ou du cacao), je conseillais le lait et les aliments farinacés en abondance et je prescrivais un tonique ferrugineux; avec ce régime, mes malades revenaient rapidement à la santé. Après quelque temps, je n'ordonnais plus de médicaments dans ces cas; je n'insistais que sur le changement de diète et j'obtenais les mêmes bons résultats; mais à tout malade, il faut une fiole, et comme l'anémie concomitante, ne pouvait que bénéficier d'un tonique, je revins à ma préparation martiale. Demande-t-on à ces malades s'ils consomment beaucoup de thé, ils vous avoueront franchement leur habitude, mais ajouteront que depuis l'apparition de cette sécheresse de la gorge ils en ont perdu considérablement le goût.

Je considère tous ces cas particuliers de pharyngite sèche, qui n'envahissent pas le naso-pharynx, à l'exemple de la pharyngite sèche ordinaire, comme étant dus d'abord à des désordres gastriques—dyspepsie—amenés par l'usage constant de thé fort aux repas et puis, à l'action irritante, sur le pharynx même d'une solution fortement astringente souvent appliquée.

De même que nous prohibons le tabac dans certains états inflammatoires de la bouche et des fosses nasales, nous devons, dans tous les cas de la nature de ceux cités plus haut, proscrire rigoureusement l'usage du thé.—*Medical Analectic.*

## CHIRURGIE

**Fracture du crâne par enfoncement.**—Clinique de M. DESPRÈS à l'hôpital de la Charité.—A la reprise de nos conférences cliniques, je suis heureux de pouvoir vous montrer un malade, atteint de fracture du crâne, dont l'histoire sera pour vous des plus instructives.

Le 26 décembre dernier, au moment où je commençais ma visite, un ouvrier fut amené par ses camarades dans la salle Saint-Jean. Cet ouvrier plombier venait d'être blessé d'un coup à la tête, en face de la Charité, dans une maison en démolition, et il avait perdu connaissance pendant quelques minutes.

Vous vous souvenez de l'entrée de ce malade, soutenu par quatre de ses amis et pré-entant au front une large plaie verticale s'étendant du sourcil à la partie antérieure de la région pariétale ; une abondante hémorrhagie en nappe avait formé un caillot qui remplissait cette vaste plaie.

C'est à peine si le malade peut nous donner quelques renseignements, mais ses amis, témoins de l'accident, nous apprennent que cet ouvrier, plombier de son état, vient de recevoir sur le front un de ces tuyaux de fonte dont sont formées les colonnes descendantes des gouttières, et pesant environ 50 kilogrammes. Cette pièce de fonte est tombée d'une hauteur de trois mètres sur le front et l'a frappé par les bords de sa section.

Le malade fut assis et je l'examinai : la plaie de la région frontale était longue de 10 centimètres, dirigée de haut en bas de dehors en dedans, au fond l'os était à nu, introduisant le doigt, je sentis très nettement la table externe fracturée irrégulièrement et enfoncée sur la table interne ; la table interne était aussi manifestement enfoncée, le doigt pénétrait dans une rainure profonde tracée par le frontal.

Les camarades refusaient catégoriquement de laisser leur ami à l'hôpital, j'insistai pour le conserver, ne leur dissimulant pas la gravité de l'accident. J'allais échouer, quand au moment où ils s'apprétaient à le ramener chez lui, nous fûmes témoins d'accès

épileptiformes qui étaient une confirmation de mon diagnostic : fracture du crâne avec épanchement de sang dans le crâne. La face du malade devint turgide, la respiration stertoreuse, les membres furent agités de mouvements convulsifs, puis le malade tomba dans la stupeur avec la respiration stertoreuse. Les amis de notre malade nous affirmaient qu'il n'est pas alcoolique, qu'il n'a jamais eu d'attaque, et effrayés il comprennent l'impossibilité d'exécuter leur projet, et consentent à laisser le blessé à l'hôpital.

Il était à peine couché au lit n° 6, de la salle Saint-Jean, qu'il eut un nouvel accès épileptiforme moins violent peut-être, mais plus long que le premier. Il ne retrouva pas connaissance après cet accès et en eut deux autres dans le courant de la journée. Vous avez vu que nous ne fîmes rien pour arrêter l'hémorrhagie, nous contentant de faire appliquer, sur la tête du malade, une vessie remplie de glace. Les accès épileptiformes étaient-ils dus à l'unique compression du cerveau par les fragments ou à l'hémorrhagie intra-crânienne ? On aurait pu hésiter, mais la forme même de l'accès me fit diagnostiquer une compression du cerveau par le sang épanché.

À la suite de fongus de la dure-mère, comprimés avec la main, j'ai observé des accidents épileptiformes analogues et j'en conclusai qu'ici la compression n'était pas produite par les fragments de l'os enfoncé. Et comme les accidents remontent déjà à seize jours, vous avez vérifié l'exactitude du diagnostic : la rémission des phénomènes de compression est une preuve décisive. D'ailleurs, les accès ont cessé le jour où l'hémorrhagie a cessé, la température est revenue à l'état normal, le lendemain le malade reprit sa connaissance et le cinquième jour la température était retombée à 37 degrés et ne s'est pas élevée depuis.

Beaucoup de chirurgiens, en présence d'une lésion de ce genre, fracture du crâne avec enfoncement, hémorrhagie et accès épileptiformes, n'eussent pas manqué de trépaner, c'est-à-dire d'ajouter un traumatisme à un traumatisme, et de découvrir le cerveau protégé par le caillot qui recouvrait et remplissait cette plaie. Je ne l'ai point fait et je vous conseille, en pareil cas, de ne le point faire : le trépan dans les plaies de tête est une opération au moins inutile. Toutes les fois qu'il y a une large plaie du tégument, que ferait une ouverture plus grande, si ce n'est augmenter l'hémorrhagie et fournir une plus large surface, un plus large champ à l'inflammation consécutive des méninges.

Je vous conseille de lire le chapitre de l'anatomie chirurgicale de Malgaigne sur ce point. Avec son grand esprit critique, Malgaigne a analysé nombre d'observations de trépanation dans les plaies de tête, et il a assez montré que ce que le chirurgien avait enlevé ou relevé, après l'application de son trépan, était tout à fait insignifiant et ne pouvait être considéré comme la véritable cause de accidents auxquels on croyait remédier.

La suite de l'observation vous instruira encore mieux. Pendant la journée du 27, notre malade n'eut pas d'accès nouveaux, la plaie continua à saigner beaucoup jusqu'au soir et cette émission sanguine naturelle remplaça avantageusement celle que nous eûmes pu obtenir en plaçant derrière les apophyses mastoïdes quelques sangsues. Le 28, le malade prit quelques aliments.

A partir du quatrième jour, la plaie ne saignait plus, le malade était dans un état très satisfaisant. La vessie de glace fut alors remplacée par le cataplasme de farine de lin, le meilleur pansement des plaies de tête, et le seizième jour, le malade se levait sans avoir présenté aucun autre accident : seulement, introduisant le doigt au fond de la plaie, qui ne s'est fermée que sur une partie de son étendue, vous pouvez très bien sentir encore aujourd'hui et même voir le trait de la fracture et quelques esquilles non détachées, destinées à être éliminées avec le temps.

Ce fait se joint à d'autres observations du même genre. Dans la campagne, le fils d'un maréchal-ferrant reçoit, sur la région frontale, un coup de pied de cheval ; il y a, ce que nous n'avons pas noté ici, issue de matière cérébrale, et le malade guérit cependant sous la simple application de compresses d'eau froide. Au début de ma carrière, je fus appelé, rue du Bac, auprès d'un enfant tombant d'un sixième étage sur une de ces barres de fer transversales que vous voyez souvent dans les petites cours ; il y avait également fracture du frontal, issue de matière cérébrale et j'obtins la guérison avec de simples compresses d'eau froide, puis des cataplasmes.

Je conclus de ces différents faits, que, dans les fractures du crâne de ce genre, le mieux est l'expectation. Je regarde comme fort dangereuse la trépanation faite en ces conditions et je ne saurais de plus trop vous mettre en garde contre le désir d'enlever les esquilles, que vous pourrez voir au fond d'une plaie de ce genre, avant leur complète mobilisation ; elles se détacheront seules vers la huitième semaine. Quant aux corps étrangers, cheveux, morceaux de casquette, je ne les ai pas recherchés chez notre malade ; ils ont dû être entraînés par l'hémorrhagie abondante qui eut lieu, ou ils s'élimineront par la suppuration, s'il en est resté quelques fragments.

Notre malade n'est cependant pas à l'abri de tout danger ; toute espèce de fatigue, les excès de table, le refroidissement pourraient amener chez lui des complications, et je le garde à l'hôpital pour le surveiller.

J'ai encore un mot à ajouter. Vous voyez que, pendant les premiers jours, nous n'avons employé aucune médication interne, aucun dérivatif sur le tube digestif. Si le principe, savoir attendre, a une heureuse application, c'est assurément dans les plaies de tête, tant qu'il n'y a point de menaces de méningo encéphalite, réservez vos moyens d'action, c'est le grand précepte posé par

Desault. Si, vers le quatrième jour, des phénomènes inflammatoires avaient paru, nous eussions fait une forte révulsion sur le tube digestif. Mais, dès le début, l'expectation est la seule règle que vous devez suivre ; la glace ou l'eau froide sur la tête sont seules nécessaires et elles suffisent souvent pour prévenir l'inflammation du cerveau ou de ses enveloppes. Mais lorsque la plaie seule reste à soigner, vous remplacerez la glace et l'eau froide par un pansement humide qui tienne bien, et le cataplasme de farine de graine de lin, qui encore aujourd'hui constitue tout le pansement de notre blessé, procurera avec le temps une bonne guérison.

*Nota.*—Aujourd'hui le malade n'a plus qu'une plaie de l'étendue d'une pièce de 50 centimes, au fond de laquelle l'os dénudé s'élimine lentement, le malade va et vient dans la salle, et voudrait sortir, mais il doit attendre encore la fin du deuxième mois, il est nécessaire que je surveille l'élimination de ses séquestres du frontal dont j'évalue au maximum l'étendue à celle d'une amande d'olive. Quoique l'os ait été dénudé dans une plus grande étendue, il n'y a pas un gros séquestre, depuis Tenon nous savons bien que le crâne peut être dénudé dans une grande étendue sans qu'il y ait de nécrose étendue.—*Abeille médicale.*

**Le papillome.**—Clinique de M. le docteur JALAGUIER à l'hôpital de la Pitié.—Dans notre salle Lisfranc est entrée une jeune femme âgée de 21 ans, à cause d'une tumeur qu'elle porte en arrière du cou, exactement sur la ligne médiane, tout près de la naissance des cheveux. Cette petite tumeur est oblongue et divisée en deux parties distinctes, la supérieure grosse comme un gros pois. Cette tumeur est reliée à un petit fibrome ou molluscum venu sur une ancienne cicatrice.

Cette jeune femme avait, en effet, depuis sa naissance un petit molluscum sur la nuque. Cette petite excroissance la gênant, et voulant s'en débarrasser, elle enserra le pédicule dans un fil de soie, et ceci, dit-elle, sur le conseil d'un médecin. La tumeur s'élimina ; seulement la plaie devint ulcéreuse, ne guérit pas et il se forma un papillome, tumeur en présence de laquelle nous nous trouvons aujourd'hui.

Les papillomes sont des tumeurs, de petites excroissances brunâtres, dures, mobiles. Quelques-uns sont pédiculés et mous, tandis que d'autres sont durs, aplatis chagrinés, crevassés. Ces tumeurs semblent toujours prendre naissance après une irritation locale, cependant l'on ne peut admettre partout cette raison. Certaines régions semblent être prédisposées, telles que le cou, le dos des mains, les doigts, le visage, le dos, les pieds. Ce sont des tumeurs bénignes, mais qui quelquefois peuvent se compliquer d'ulcérations, d'hémorrhagies, si elles sont irritées, contusionnées. De plus, suivant leur siège, elles peuvent donner naissance à une gêne fonctionnelle notable. Ces tumeurs peuvent se transformer

en épithélioma, en carcinome, c'est-à-dire devenir des tumeurs malignes. Aussi chez la jeune femme qui nous occupe, va-t-on enlever ces papillomes. Il faudra enlever aussi le reste du molluscum ayant donné naissance au papillome.

On va faire tout autour de la tumeur, dans l'épaisseur de la peau, des injections interstitielles d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 5 p. 100. Puis au bout de quatre à cinq minutes, quand l'insensibilisation sera complète, on circonserira la tumeur par une incision faite au bistouri, et on l'enlèvera ainsi que la peau dans toute son épaisseur. L'on réunira les deux lèvres de la plaie par des points de suture au fil d'argent, et elle guérira probablement par première intention avec cicatrice longitudinale à peine visible.

D'après ce qui précède, l'on comprendra facilement que l'excision du molluscum doit être faite dans certaines conditions.

Les fibromes cutanés, appelés aussi molluscum (*fibroma molluscum* de Virchow), sont formés de tissu fibreux. Leur tissu est constitué par une série de lobules formés par le tissu fibreux. Ce tissu est imbibé de liquide, c'est ce qui explique pourquoi ces petites tumeurs sont souvent d'une mollesse extrême.

Le molluscum vrai est une petite tumeur indolente, molle, souvent pédiculée et faisant suite au derme cutané. Souvent il y en a plusieurs de disséminés à la surface du corps. Elles sont en général petites; cependant elles peuvent atteindre un volume considérable (12 à 16 kilogrammes.—Nélaton, Virchow).

Le tégument qui recouvre le molluscum est souvent aminci, ridé, quelquefois couvert de poils, la plupart du temps violacé.

Ces tumeurs sont surtout fréquentes au dos, à la nuque, aux reins, au bassin.

Quand on les enlève, on doit le faire largement, complètement, pour ne pas s'exposer à voir apparaître comme chez notre malade des papillomes et plus tard des épithéliomas, des carcinomes. Il y a deux façons de les enlever d'une façon complète. C'est d'abord le thermo-cautère que l'on peut employer quand les tumeurs sont toutes petites. En second lieu l'on peut saisir le molluscum avec une pince et exciser dans toute son épaisseur le derme sur lequel il s'implante. Avec ces deux procédés l'on ne verra ni complications ni récidives.—*Praticien.*

**Traitement des blessures du sourcil.** — Les blessures de la région de la queue du sourcil présentent des particularités qu'il importe de bien connaître. De toutes les parties du pourtour de l'orbite, cette région est la plus saillante, de telle sorte que lorsqu'un sujet tombe à plat, c'est cette partie qui supporte le choc: de là la plus grande fréquence des traumatismes qui portent en ce point. De plus, elle présente une disposition particulière au point de vue du squelette. Cette partie est, en effet, non seulement saillante mais tranchante, tandis que les parties voisines



sont arrondies. Il en résulte que l'os sur lequel les parties molles sont comprimées agit en même temps comme un instrument tranchant. C'est donc le squelette qui devient ici un véritable instrument vulnérant, et qui agit alors d'autant plus sur les tissus qu'ils sont moins mobiles. C'est ce qui fait que la peau, qui glisse facilement, est souvent épargnée, tandis que le périoste, les muscles et les autres tissus qui sont plus ou moins adhérents sont atteints tout d'abord; la peau peut échapper complètement au traumatisme, ou, si elle est atteinte, présenter une plaie beaucoup moins étendue que ne l'est la section des parties sous-jacentes.

En raison de ces conditions anatomiques, ces blessures s'accompagnent toujours d'un peu de décollement, d'hématome et d'infiltration sanguine. Le gonflement est parfois considérable; aussi, par suite de ce mécanisme, y a-t-il souvent dans la marche et l'évolution de ces plaies quelque chose de tout spécial. Il peut arriver, en effet, que la lésion se termine par résolution, ce résultat se produisant alors avec une grande lenteur, ce qui implique une grande réserve pour le pronostic. Mais, très souvent, la plaie extérieure devient croûteuse; l'hématome a de la tendance à la suppuration, surtout si la plaie extérieure a été mal traitée, laissée à l'air libre ou pansée simplement comme on le fait avec de l'eau qui est presque toujours impure. Le gonflement, la suppuration, le chémosis de la paupière, la lymphangite même, en sont habituellement la conséquence. La paupière peut également suppurer, ce qui peut amener son raccourcissement; quelquefois un point de sphacèle peut se produire en cet endroit; enfin, un érysipèle peut survenir. Telles sont les conséquences fréquentes de ce genre de plaies qui, au premier abord, paraissent presque toujours sans importance.

Ces complications peuvent d'ailleurs se montrer, non seulement après des plaies accidentelles, mais après des plaies chirurgicales, ce qui tient à ce qu'il est souvent difficile d'empêcher le pus d'y séjourner. C'est ce qui arrive en particulier après l'extraction des kystes de cette région.

On doit donc conclure de là qu'au lieu d'abandonner ces plaies à elles-mêmes, on doit en prendre les soins les plus minutieux. On doit tout d'abord chercher à en obtenir la résolution, empêcher le malade de s'exposer au froid et panser la plaie avec des solutions antiseptiques et non avec de l'eau simple. Il faut tout d'abord se garder d'inciser les parties, mais si, malgré ces soins, l'hématome venait à suppurer, il faudrait immédiatement ouvrir cette collection. — *Courrier médical.*

**VIN DE CHASSAING** : Dyspepsie.  
**BROMURE FALIÈRES** : Affections nerveuses.  
**PHOSPHATINE FALIÈRES** : Alimentation des Enfants. } VOIR  
aux Annonces.

## OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

**Traitement de l'endométrite**, par M. de LARABÈRE (1).—Lorsque l'on veut faire usage de l'écouvillon comme porte-topique, il faut se servir d'un instrument à poils fins et doux. On aura soin, avant de le charger de la substance topique, de l'asepsier en le plongeant dans une solution de sublimé au 1/100, puis on enfonce l'écouvillon dans le glycérolé antiseptique (à la créosote, à l'iodoforme, à la térébenthine). Grâce à sa consistance sirupeuse, le topique est retenu entre les poils de l'instrument. Il est nécessaire pour bien manœuvrer de pratiquer préalablement l'abaissement de l'utérus suivant les indications que je vous ai déjà fournies à cet égard. Lorsque l'utérus est ainsi arrivé au voisinage de la vulve on introduit l'écouvillon imbibé dans le col par un mouvement spiraloïde qu'on doit continuer jusqu'à ce que l'extrémité de l'instrument ait atteint le fond de la cavité utérine; puis on le retire doucement en continuant des mouvements spiraloïdes jusqu'à la sortie complète du col.

Lorsqu'on veut pratiquer un grattage à l'écouvillon, il est nécessaire de se servir d'un instrument à poils beaucoup plus durs et rigides. On le charge encore d'une solution glycerinée antiseptique; on l'introduit de la même manière après abaissement utérin, en faisant des tours de spire rapides qui râclent la muqueuse, détruisent ses parties superficielles et même les granulations fines et molles. On le retire ensuite doucement et en tournant. Après l'emploi de l'écouvillon, quel que soit le but qu'on s'est proposé, il est bon d'appliquer au fond du vagin un tampon antiseptique de glycérine iodoformée. Si on s'est proposé de faire le grattage, il est en outre nécessaire d'extraire de la cavité utérine les lambeaux de muqueuse qui ont été détachés et n'ont pas été ramenés par l'instrument. Dans ce but on pratique à l'aide d'une sonde un lavage intra-utérin d'une solution chaude à 45° de sublimé à 1/2000; ce n'est qu'après ce lavage que vous devrez appliquer le tampon vaginal. Doléris considère l'écouvillonnage utérin comme une manœuvre inoffensive à la condition que la malade reste au repos après l'opération et que l'opération soit conduite dans les conditions antiseptiques dont je vous ai donné les détails. Ce moyen lui a suffi pour modifier profondément la muqueuse dans un grand nombre d'endométrites invétérées.

Dans certains cas cependant, il est nécessaire de recourir à une action destructive encore plus énergique, particulièrement dans les cas caractérisés par des métrorrhagies abondantes, graves, dues à l'existence de ces granulations vasculaires dont je vous ai

(1) Suite et fin, voir la livraison d'avril.

décrit la structure. Il importe alors de détruire complètement la source de ces hémorrhagies en enlevant ces granulations à l'aide de la curette.

C'est un médecin français, Récamier, qui, le premier, a préconisé et mis en usage l'emploi de la curette. Bien que cette opération ait été alors couronnée de quelques succès, elle exposait à des dangers qui tenaient surtout à ce qu'elle n'était pas précédée de la dilatation du col et était faite à une époque où l'antisepsie était absolument méconnue. Aussi le *curage utérin* ne tarda pas à tomber dans l'oubli après Récamier. Aran, Becquerel, et, plus récemment, Churchill, l'ont même énergiquement combattu. Mais il ne tarda pas cependant à être remis en honneur à l'étranger, où l'instrument de Récamier fut perfectionné par Simon. Aujourd'hui nous le voyons employé en France par de Sinéty, Doléris, Terrillon, et son usage ne tardera pas à se généraliser.

Cette opération ne nécessite pas l'emploi du chloroforme; elle n'est pas douloureuse, et certains gynécologues prétendent même l'avoir pratiquée dans quelques cas sans que les malades s'en soient douté. Un seul aide, même inexpérimenté, suffit donc pour faire le curage.

Il est certaines précautions qu'il est indispensable de prendre avant de commencer. Et d'abord il faut s'assurer qu'il n'existe pas de périmérite, que les annexes de l'utérus sont parfaitement indemnes. Puis il faut aseptiser convenablement le vagin à l'aide d'une injection de sublimé. Il est préférable aussi de dilater préalablement le col. Toutes ces précautions ayant été prises, l'opérateur ayant placé sa malade dans la position obstétricale, abaisse l'utérus en pinçant la lèvre antérieure en même temps qu'il incline le périnée en bas avec une valve de Sims. Lorsque l'utérus est abaissé, il est nécessaire, avant d'introduire la curette, de s'assurer avec l'hystéromètre de la direction du conduit utérin pour savoir dans quelle direction exacte doit être introduit l'instrument. Puis celui-ci, désinfecté à la flamme d'une lampe à alcool, est introduit pendant que l'aide tient la pince à traction de la main gauche et la valve de Sims de la main droite. L'opérateur en introduisant la curette appuie avec sa main gauche sur le fond de l'utérus; de la sorte cet organe se trouve relativement immobilisé, et le râclage commence en agissant par demi-cercles qui s'entrecroisent en tous sens, et on ne retire l'instrument qu'après râclage complet de toute la cavité. Il n'est pas besoin d'appuyer très fortement en pratiquant le curage. Les recherches récentes de Cornil et Brault sur les lésions de l'endométrite chronique prouvent en effet que la muqueuse se laisse assez facilement dilacérer, le tissu musculaire résistant, au contraire, à l'action de l'instrument. Après le râclage, l'utérus, un peu distendu par l'hémorrhagie qui en résulte, se vide en partie du sang et des granulations détachées qu'il contient. Mais il importe, après cette opération, de ne laisser aucun de ces

produits dans la cavité utérine ; aussi est-il important de pratiquer immédiatement après, plusieurs écouvillonnages durs suivis d'une injection chaude de sublimé. Enfin on termine par un écouvillonnage doux chargé de glycérine créosotée, après quoi un tampon de glycérine iodoformé est appliqué au fond du vagin. Cette opération doit suffire ; elle n'est suivie d'aucun écoulement sanguin appréciable ; les jours suivants on change le tampon.

De l'exposé de ces différents moyens thérapeutiques, il ressort nécessairement ce fait que votre traitement variera suivant l'intensité et l'ancienneté des lésions. Les formes légères, récentes, peuvent guérir à l'aide des petits moyens locaux que je vous ai signalés au début en combinant à ces moyens un traitement général approprié, s'adressant à la constitution, que la malade soit anémique, scrofuleuse, herpétique, ou encore névropathe. Le fer, les amers, l'iode, le traitement thermal sont ici des adjuvants nécessaires. Mais ce ne sont que des adjuvants, surtout dans les métrites invétérées qui alors nécessiteront un traitement local énergique lequel, je le répète, pratique d'une manière antiseptique, ne détermine pas d'accidents. C'est l'opinion des chirurgiens étrangers, c'est aussi celle des chirurgiens français qui n'hésitent pas à l'employer.

Messieurs, j'ai eu l'occasion de vous parler dans une leçon précédente de ces cas d'endométrite ancienne caractérisée par des lésions hypertrophiques du col avec déchirures des lèvres de cet organe, boursoillement et état fongueux de la muqueuse intra-cervicale renversée en dehors, en un mot de ce que l'on a désigné sous le nom d'ectropion du col. Ces lésions résistent généralement à tous les moyens thérapeutiques que je viens de vous indiquer. Mais dans ces dernières années on a réussi à en obtenir la guérison radicale, soit en pratiquant des excisions de la muqueuse malade, soit en avivant et en réunissant par des points de suture les déchirures du col. C'est à ce dernier procédé qu'on a donné le nom de trachélorraphie ou d'opération d'Emmet. Cette opération consiste à enlever à chacun des bords de la déchirure du col une bandelette de tissu tout en ayant soin de laisser assez de muqueuse pour obtenir un canal cervical suffisamment large. L'avivement de ces bords ne présente de difficultés qu'au niveau de l'angle supérieur de la déchirure. Puis on suture l'une à l'autre les deux lèvres avivées de la déchirure, en ayant soin de toujours faire ressortir les fils près de la muqueuse en un point de la surface avivée. Schröder emploie un procédé plus compliqué, mais qui a pour but de faire disparaître non seulement les déchirures du col, mais encore toutes les portions de muqueuse cervicale exubérantes. Ce procédé consiste à faire dans le canal cervical préalablement dilaté une incision transversale au-dessus de la lèvre malade. De chaque extrémité de cette incision il abaisse une incision verticale circonscrivant les parties malades ; il détache alors complètement le lam-

beau quadrilatère ainsi tracé, et il ne reste plus de la lèvre du col qu'un lambeau allongé, privé de muqueuse à sa surface interne. Ce lambeau est replié en dedans de façon à en mettre le sommet en contact avec le bord supérieur de la première incision ; puis il est suturé dans cette position. Quant aux déchirures concomitantes du col, Shræder les avive d'après le procédé d'Emmet et leur applique également des sutures.

Il me reste à vous dire quelques mots de l'emploi de l'électrothérapie dans le traitement des métrites. C'est surtout en Angleterre et en Amérique que l'emploi de l'électricité a pris rang en gynécologie. Un éminent gynécologue américain, Mundé, a fait tout récemment, dans un ouvrage qui porte la date de 1888, ressortir les nombreuses applications des courants électriques à cette branche de la chirurgie. En France Tripier et Apostoli sont entrés dans cette voie, et les succès obtenus m'obligent à vous énoncer des indications générales à ce sujet.

Mundé pense que les deux variétés de courants électriques trouvent ici leur application. Dans les cas où la métrite s'accompagne d'une atonie utérine, il a recours à la faradisation qui réveille la contractilité du muscle utérin. Mais l'action faradique est forcément limitée et n'agira que très indirectement et très faiblement sur les lésions endométriques un peu anciennes. Aussi Apostoli ne s'arrête pas à ce dernier moyen et si au bout de 3 ou 4 séances, la faradisation ne lui donne pas de résultats, il s'adresse à la galvano-caustique chimique qu'il a mise en honneur. Je ne vous indiquerai pas le manuel opératoire et la description détaillée des instruments mis en usage. Qu'il me suffise de vous dire que, suivant les indications morbides, on emploie soit le pôle positif, soit le pôle négatif. Le pôle positif, acide, décongestionnant, hemostatique et coagulant, est utile dans les formes hémorrhagiques, fongueuses, congestives ou ulcératives et dans les leucorrhées rebelles. Il est donc surtout indiqué dans l'endométrite et la métrite parenchymateuse à sa première période. Le pôle négatif, basique, diffusif, peu hémostatique, excite les circulations languissantes et s'adresse aux cas où l'hémorrhagie manque. Il est surtout indiqué dans le traitement de la métrite parenchymateuse chronique arrivée à sa période d'induration.—*Gazette médicale de Nantes.*

#### Indications des lavages intra-utérins antiseptiques.—

- 1° La présence de lochies fétides avec fièvre.
- 2° L'expulsion incomplète du placenta.
- 3° La rétention des membranes.
- 4° La présence d'un fœtus putride.
- 5° La rétraction lente de l'utérus due à la rétention de caillots.
- 6° Une septicémie faisant son apparition tardivement.
- 7° Certains cas de flexion utérine empêchant la sortie des lochies.

8° Quand il a fallu, après un avortement, faire le curage utérin.

9° Chaque fois qu'il a fallu introduire la main dans l'utérus.—  
*Buffalo Med. and Surg. Journ.*

**Choix d'une nourrice.** — Il n'y a pas de question plus délicate et, disons-le, plus désagréable, quand on songe à la lourde responsabilité qui pèse sur le médecin; à ce point de vue, on déplore que, par suite de l'organisation encore imparfaite de l'enseignement pratique dans nos Facultés, malgré les très grandes améliorations qui y ont été apportées dans ces dernières années, la plupart des jeunes médecins n'aient pu acquérir sur cette question que des notions théoriques lorsqu'ils débutent dans la clientèle.

Pour ma part, il me souviendra toujours de l'appréhension que j'avais la première fois que je fus obligée d'exécuter cet acte, dont j'appréciais d'autant plus la gravité et dont je me dissuadais d'autant moins les difficultés, que j'avais très attentivement lu et relu tout ce qui a été écrit sur ce sujet par nos maîtres en pédiatrie et en obstétrique. Parmi les très nombreuses pages que j'avais résümées sur le choix d'une nourrice, je signale comme m'ayant rendu le plus de services, celles qu'on trouve dans les leçons cliniques d'Archambault et surtout celles que mon maître, M. Jules Simon, y a consacrées dans la douzième conférence du tome premier de ses Conférences thérapeutiques et cliniques.

La quantité de points qu'il faut éclaircir, lorsqu'on procède à l'examen d'une femme pour savoir si elle remplit les conditions indispensables pour être nourrice, est telle, qu'on aurait déjà chance d'en omettre un, si on examinait tout à loisir une seule nourrice deshabillée dans les conditions d'un examen de clinique ordinaire. Or, combien la difficulté est plus grande et les chances d'omission plus nombreuses, quand on est obligé de se décider dans un bureau de placement, où une dizaine de nourrices, défilent successivement devant nous, habillées et attifées, la plupart ayant préparé d'avance les réponses qu'elles doivent faire à des questions qu'elles ont prévues.

Il est bien inutile de leur demander si elles digèrent bien, si elles toussent, si elles ont eu quelque maladie de peau; elles vous répondront invariablement qu'elles jouissent d'une santé excellente et n'ont jamais fait un jour de maladie. Le meilleur parti est donc de ne faire que peu de questions et surtout de les faire très précises relativement à l'existence de tel ou tel symptôme, dont la valeur ne peut être qu'imparfaitement appréciée par la nourrice; ainsi telle qui n'avouera pas un rhume, vous dira bien qu'elle a eu une pleurésie.

Mais il faut *voir et toucher* autant qu'on peut et *avec méthode*, pour ne pas omettre, s'il est possible, l'examen d'un appareil important.

Pour y arriver en y perdant le moins de temps possible, le mieux est de faire défiler rapidement tous les sujets qui vous sont présentés en regardant simplement l'extérieur, le teint, les traits, la taille, l'embonpoint, et de garder seulement par un premier triage trois ou quatre nourrices qu'il faut ensuite reprendre successivement avec détails en restant seul avec elles et la directrice du bureau, qui fera dé-habiller en partie la nourrice ; il serait désirable à ce point de vue qu'il y eût toujours dans la pièce où se fait l'examen, au lieu d'un guéridon orné de quelque objet d'art d'un goût douteux et de fauteuils plus ou moins mœlleux, un lit ou un divan sur lequel on pût faire étendre la nourrice pour ausculter et percuter à loisir, palper l'abdomen et pratiquer au besoin le toucher vaginal, par conséquent de la vaseline et le nécessaire pour se laver les mains.

Un coup d'œil sur la couleur des *cheveux* et le *teint* suffit ; blonde ou brune, peu importe ; sauf ce blond roux, dit vénitien, qui est souvent la couleur des cheveux des sujets scrofuleux, prédisposés à la tuberculose, et dont la transpiration axillaire d'une odeur forte peut faire prendre à l'enfant de la répugnance pour le sein.

Les *paupières* valent un instant d'examen pour y rechercher la blépharite chronique, apanage de la scrofule.

Beaucoup plus important est l'examen *du nez*. Il n'importe qu'il soit aquilin, droit ou à la Roxelane, mais il faut se défier des nez à la racine aplatie et dont l'enfoncement, s'il n'est pas, comme on s'empresse de vous le dire quelquefois, le résultat d'un traumatisme, peut mettre sur la voie d'une *syphilis* tertiaire. En ce cas, s'empressez de regarder l'intérieur des fosses nasales, où la vue de croûtes verdâtres ou brunâtres épaisses et adhérentes décèlera quelquefois la syphilis sans compter l'odeur propre à l'*ozène* qui, bien entendu, nous dispensera de pousser plus loin l'examen.

En même temps vous avez palpé la nuque et la région cervicale pour y rechercher l'état des *ganglions* et vérifié l'absence de *cicatrices écrouelleuses*.

La *bouche* et la *gorge* valent un examen attentif.

Attache pour ma part plus d'importance à l'état de la *dentition* que ne le font certains médecins, estimant qu'avec une dentition en mauvais état, il est rare d'avoir un bon estomac et des digestions correctes ; d'ailleurs l'existence d'une carie dentaire réserve à la nourrice des fluxions et des névralgies très capables de troubler de temps en temps son appétit et son sommeil, ce qui est préjudiciable à l'enfant.

L'*hypertrophie amygdalienne* très développée n'est pas sans inconvénient, parce qu'elle appelle les angines aiguës à répétition qui causent un malaise si accentué ou un vrai trouble de la santé pendant plusieurs jours.

Inutile d'insister sur la recherche des plaques muqueuses buccales, ou de la gorge, c'est élémentaire.

Passons à l'examen de la *poitrine*.

Bien entendu, les *seins* nous occuperont d'abord. " Ce ne sont point les mamelles volumineuses, adipeuses que vous choisirez, dit M. Jules Simon; elles ne fournissent point un lait abondant. Les meilleures nourrices ont des seins de moyen volume, en forme de poires, offrant sous la peau un développement considérable de veines et donnant à la palpitation une sensation de nodosité. Quelques nourrices cachent à dessein celle de leurs mamelles qui ne prend point part à l'allaitement. Comme une seule glande lactière ne saurait y suffire, vous examinerez les deux. Les mamelons doivent être souples, faciles à saisir, exempts de boutons, d'écorchures, d'indurations de toute nature. Soyez sévères sur ce point, si vous voulez éviter tous les accidents congestifs et inflammatoires de la mamelle."

Comme *âge du lait*, " le lait dit encore M. Simon, sera âgé de moins de trois mois et de plus de quatre semaines."

Archambault et d'autres sont d'avis de *rejeter les primipares*. " La vache qui vient de faire son premier veau n'est pas bonne lactière, les fermiers le savent et ne comptent pas beaucoup sur son produit."..... " D'ailleurs les primipares sont jeunes et se trouvent brusquement séparées de leurs plus chères affections de leur mari et de leur enfant; mauvaises conditions morales; beaucoup de primipares perdent prématurément leur lait." Cet argument sentimental d'Archambault n'a qu'une valeur relative; beaucoup de nourrices n'éprouvent pas un attachement immodéré pour leur mari qui parfois les battait ou pour le père de leur enfant.

" Qui n'a pas dit son nom et qu'on n'a pas revu."

Cet alexandrin nous amène à dire que par le temps qui court la *nourricier-mariée* n'est pas de beaucoup préférable à la *fillemère*. Elle est plus exigeante comme gages et comme égards, et elle ne compense pas toujours ce désagrément par sa probité et son tact.

Revenons à l'examen physique :

Si l'auscultation du *cœur* révèle une affection organique mitrale ou aortique bien caractérisée, c'est un cas rédhibitoire naturellement.

Mais c'est l'examen de l'*appareil respiratoire* qui importe surtout. Car nous posons en principe absolu qu'il faut *écarter absolument toute femme suspecte de tuberculose*, non seulement celle qui présente de gros signes, des craquements après la toux, par exemple, mais même celle qui n'est atteinte que de tuberculose commençante. J'en profiterai pour dire qu'avec le progrès de l'auscultation nous avons le devoir de faire un diagnostic précoce de tuberculose. Je rappelle que, d'après les travaux de M. Grancher, l'existence d'une inspiration rude et d'un timbre grave à un sommet, alors même qu'il n'existe pas encore de submatité, peut



suffire à soupçonner la germination de tubercules. Admettons qu'à un premier examen cette nuance d'auscultation soit très délicate à saisir, si du moins on trouve la matité, l'exagération des vibrations vocales, la bronchophonie, l'inspiration râpeuse et saccadée, l'expiration prolongée, il faut tenir la femme pour tuberculeuse et l'écartier. C'est son intérêt d'une part, car les fatigues de l'allaitement aggraveraient son état. D'autre part, c'est l'intérêt de l'enfant; car s'il est vrai que les bacilles ne passent en général dans le lait qu'en cas de lésions tuberculeuses des conduits galactophores, lésions relativement rares, ces lésions peuvent passer inaperçues, et d'ailleurs le lait des femmes comme des vaches tuberculeuses "perd une grande partie ou la totalité de son sucre, est moins riche en graisse et en caséine" et devient peu propre à nourrir un enfant délicat (West.)

Le moment est venu de faire étendre la nourrice pour palper l'estomac, qui ne doit pas être douloureux à la pression (ce qui doit faire soupçonner de la gastrite), ni donner lieu à un bruit de clapotage dans une limite trop étendue, parce qu'une grande dilatation de l'estomac est rarement compatible avec une santé parfaite; — le foie qui ne doit pas être trop gros ni trop sensible à la pression, présomption d'éthylisme, — les régions hypogastriques et ovariennes où la palpitation pourra faire soupçonner quelque affection de l'utérus ou de ses annexes, dont le toucher vaginal donnera enfin la confirmation, — enfin les régions inguinales au point de vue des pléiades ganglionnaires.

Chemin faisant on aura examiné les téguments au point de vue des éruptions syphilitiques, ou des cicatrices suspectes. Il n'est pas inutile de se préoccuper des stigmates hystériques; j'ai connu une famille à laquelle une nourrice dont une hystérie grave n'avait pas été soupçonnée a causé les ennuis les plus sérieux.

J'ajouterai pour être complet, que l'analyse des urines devra être faite lors de l'examen de contrôle quand la nourrice aura été installée dans la famille.

Mais, me dira-t-on peut-être, tout cet examen est bien long, et d'ailleurs quelle nourrice pourra trouver grâce devant vous si vous êtes si minutieux et si exigeant? — D'abord cet examen peut être en réalité fait en dix minutes, si l'on a quelque habitude de la clinique. Ensuite il ne faut pas oublier que la responsabilité qui nous incombe est considérable au moins moral. Et que nous avons le devoir d'être exigeants, au nom des familles.

J'ai esquissé un schéma et je ne prétends pas avoir tout dit ni tout prévu; mais j'ai retracé les grandes lignes d'investigation qu'on doit avoir présentes à l'esprit quand on procède au choix d'une nourrice.—P. LE GENDRE in *Cours médical*.

## FORMULAIRE.

## Gastralgie.—Weissenberg.

P.—Chlorhydrate de cocaïne.....	1½ grains
Extrait de belladone.....	7½ “
Poudre et extrait de rhubarbe.....	Q. S.

Pour 20 pilules. Trois fois par jour, une pilule au moment du repas.—*Paris médical.*

## Gastrite.

P.—Sous-nitrate de bismuth.....	30 grains
Liqueur de Fowler.....	5 minimes
Poudre d'acacia.....	30 “
Extrait d'hydrastis canadensis.....	15 minimes

M.—A prendre en une dose avant chaque repas.—*Pharmaceutical Record.*

Affections intestinales douloureuses chez les enfants.—*Bedford Brown.*

P.—Mucilage.....	½ once
Bicarbonate de soude.....	10 grains
Chloroforme.....	10 gouttes
Essence de térébenthine pure.....	30 gouttes

M.—Dose: Une cuillerée à dessert toutes les deux ou trois heures pour un enfant de six mois.—*Scalpel.*

## Lait purgatif pour les enfants.

Lait de vache pur.....	120 gram.
Sucre blanc.....	15 “
Eau de laurier cerise.....	5 “
Scammonée.....	½ à 1 “

M.—Pour une dose.

Pommade antinévralgique.—*Galezowski.*

P.—Menthol.....	7½ parties.
Cocaïne.....	2½ “
Hydrate de chloral.....	1½ “
Vaselir.....	50 “

En onctions sur la partie douloureuse.—*Repertoire de pharmacie.*

**Migraine.**—*Dujardin-Beaumetz.*

P.—Teinture de gelsémium ..... 3¼ drachmes  
Sirop simple..... 8 onces

M.—*Dose.* Une cuillerée à soupe trois ou quatre fois par jour.

**Asystolie d'origine rénale.**—*Huchard.*

P.—Eau distillée..... 300 grammes  
Benzoate de soude .....  
Caféine.....ââ 3 grammes

M.—*Dose :* De quatre à six cuillerées à soupe par jour.

**Herpès.**

P.—Iodoforme ..... 4 parties.  
Huile d'eucalyptus ..... 15 “

M.— En applications deux ou trois fois par jour.—*Canadian Practitioner.*

**Eczéma des mains.**—*Guillot.*

P.—Axonge ..... 30 parties  
Carbonate de soude..... 2 à 4 “  
Huile de cade ..... 2 à 4 “  
Goudron ..... 2 à 4 “

**Gale.**—*J. Sprecht.*

P.—Soufre sublimé ..... 1 drachme  
Baume du Pérou..... 4 “  
Vaseline .... 1½ once

En applications deux fois par jour.—*Pacific Record.*

**Bromidrose.**—*Legoux.*

P —Glycérine..... 2½ drachmes  
Perchlorure de fer liquide..... 7½ “  
Essence de bergamote..... 20 gouttes

M.—Badigeonner les pieds, matin et soir, avec un pinceau trempé dans cette mixture, précéder son emploi pendant deux jours de bains de pieds froids avec l'eau de feuilles de noyer.—*Nice médical.*

**Solution antiseptique.**—*Thiersch.*

P.—Acide salicylique..... 2 parties  
Acide borique..... 12 “  
Eau distillée bouillie..... 1000 “

*Medical Record.*

---

---

# L'UNION MÉDICALE DU CANADA

*Propriétaire et Administrateur* : - - Dr. A. LAMARCHE.

*Rédacteur-en-chef* : Dr. H. E. DESROSIERS.

*Secrétaire de la Rédaction* : - - - Dr. M. T. BRENNAN.

MONTREAL, JUILLET 1888.

---

---

## Décisions judiciaires concernant les Journaux.

1o. Toute personne qui retire régulièrement un journal du bureau de poste, qu'elle ait souscrit ou non, que ce journal soit adressé a son nom ou à celui d'un autre, est responsable du paiement.

2o. Toute personne qui renvoie un journal est tenue de payer tous les arrérages qu'elle doit sur abonnement ou autrement, l'éditeur peut continuer à le lui renvoyer jusqu'à ce qu'elle ait payé. Dans ce cas, l'abonné est tenu de donner en outre, le prix de l'abonnement jusqu'au moment du paiement, qu'il ait retiré ou non le journal du bureau de poste.

3o. Tout abonné peut être poursuivi pour abonnement dans le district où le journal se publie, lors même qu'il demeurerait a des centaines nes de lieues de cet endroit.

4o. Les tribunaux ont décidé que le fait de refuser de retirer un journal du bureau de poste, ou de changer de résidence et de laisser accumuler les numéros à l'ancienne adresse constitue une présomption et une preuve " prima facie " d'intention de fraude.

---

## Le rejet de l'Acte médical projeté.

---

Nous n'apprendrons probablement rien à nos lecteurs en leur disant que le nouvel *Acte médical* préparé par le Bureau provincial de médecine, et présenté à la Législature de Québec, vient d'être rejeté par le comité des Bills privés. La presse quotidienne, qui s'était chargée de faire de la cabale contre le projet de loi, a déjà, sans doute, porté le fait à la connaissance de tous les medecins de la province.

Le *Bill* a eu pour adversaires principaux, devant le comité, les Universités McGill, Bishop et Victoria. L'Université Laval ne désirant pas intervenir dans les affaires de la profession, et n'ayant rien à redouter, pour ses élèves, du fait de la création d'un Bureau central d'examineurs, avait librement consenti à accepter, en bloc, le projet de loi, laissant sur ce point une entière liberté à ses professeurs dont quelques-uns se trouvaient dans le camp adverse.

La principale clause à laquelle les universités se sont opposées a été celle qui pourvoyait à la création d'un Bureau central d'examineurs pour l'admission à la pratique de la médecine. Ces institutions ont vu là une atteinte au privilège à elles conféré par leur charte, d'accorder à leurs gradués le droit de pratiquer.

Un certain nombre de médecins en dehors des universités ont aussi présenté une pétition contre le *Bill*, alléguant, entre autres, les raisons suivantes :

“ Qu'il ne tendait pas à promouvoir la réforme des études médicales ;

“ Qu'il ne protégeait pas convenablement les intérêts de la profession ;

· Qu'il mettait aux mains d'un petit nombre des pouvoirs arbitraires excessifs ;

“ Que la profession n'avait pas été suffisamment informée de la législation qu'on voulait lui donner.”

Le Bureau était représenté par les docteurs E. P. Lachapelle, A. G. Belleau et L. LaRue. Seul, le docteur Lachapelle a pris la parole pour soutenir les droits menacés de la profession et remplir la mission qui lui avait été confiée par le Bureau des Gouverneurs. Il a exposé :

Que le projet de loi n'était pas l'œuvre d'une coterie, encore moins l'œuvre d'un seul homme, comme on s'est plu à le dire dans le public, mais bien l'œuvre du Bureau provincial de médecine représentant la profession médicale de toute la province de Québec ; qu'il avait été préparé à la demande de la profession, demande formulée et réitérée lors des assemblées triennales de 1883 et de 1886 ;

Que les principales réformes apportées par ce *Bill* (création d'un bureau central d'examineurs, dispositions pénales effectives contre les charlatans, formation d'un conseil de discipline, élection des gouverneurs par district,) répondaient à des besoins réels et souvent exprimés par la profession, notamment aux dernières assemblées triennales ;

Que le *Bill* avait été préparé par un comité spécial nommé par le Bureau des Gouverneurs (1), lequel comité avait siégé pendant près de deux ans, au vu et au su de toute la profession, faisant rapport au Bureau des Gouverneurs à chaque assemblée semi-annuelle ;

Que les universités et la profession ne pouvaient plaider ignorance ni prétendre n'avoir pas été suffisamment informées de la législation nouvelle, attendu que le projet de loi avait été imprimé

---

(1) Ce comité se composait des docteurs C. E. Lemieux, représentant l'Université Laval de Québec, E. P. Lachapelle, représentant l'Université Laval de Montréal, Geo. Ross, représentant l'Université McGill, W. H. Hingston, représentant l'Université Victoria, F. W. Campbell, représentant l'Université Bishop, T. A. Rodger, A. G. Belleau et E. A. de St. George, représentant la profession.

et distribué à tous les médecins dans le cours de l'automne dernier ; qu'enfin le *Bill*, après avoir été élaboré par le comité nommé à cet effet, avait été lu, discuté clause par clause et finalement adopté à l'assemblée de septembre 1887 du Bureau provincial de médecine.

Nonobstant cet exposé, le comité des *Bills* privés n'a pas cru devoir passer outre et a avisé le parlement qu'il n'y avait pas lieu de considérer l'acte médical projeté.

Le résumé que nous venons de donner du plaidoyer du Docteur Lachapelle en faveur du bill nous dispenserait, à la rigueur, de rien ajouter. Il est cependant des points sur lesquels nous voulons attirer l'attention de nos lecteurs, ce que nous allons faire aussi brièvement que possible.

Il n'y a pas de doute que l'opposition la plus sérieuse au projet de loi est venue des universités qui se sont crues lésées, dans leurs privilèges, par la création d'un Bureau central d'examineurs, ce qui a constitué, de suite, un conflit entre ces institutions et la profession. Mais ce que nous avons de la peine à comprendre, c'est la position prise en cette occasion par certains représentants d'universités, tant dans le Bureau lui-même que dans le comité chargé d'élaborer le *Bill*. Ces professeurs avaient eux-mêmes travaillé à la préparation du projet de loi, en avaient accepté librement les clauses principales, et auraient dû être les derniers, ce semble, à venir combattre devant la législature ce qu'ils avaient accepté dans le Bureau. La profession saura sans doute juger comme il convient qu'il le soit ce manque de logique et de droiture.

On a reproché au *Bill* de ne pas promouvoir la réforme des études médicales et de ne pas protéger convenablement les intérêts de la profession. Constatons en passant, pour répondre à cela, que le programme d'études médicales déterminé par l'Acte projeté était plus complet que celui de l'Acte actuel ; que la formation d'un Bureau central d'examineurs aurait eu pour effet de contrôler efficacement les examens universitaires, d'empêcher l'admission de sujets incompetents et, par le fait, de prévenir l'engorgement de la profession en soumettant tous les candidats, même ceux venant des autres provinces ou de l'étranger, aux chances d'une même et identique épreuve ; qu'il renfermait enfin, comme nous l'avons déjà dit ailleurs, des dispositions qui, mises à exécution, nous auraient protégés une bonne fois et effectivement contre les charlatans, guérisseurs, etc., dont nous avons tous à souffrir, tant à la ville qu'à la campagne.

Pour nous, il est évident que les adversaires du projet de loi, en combattant celui-ci, n'avaient pas tant en vue les intérêts généraux de la profession que des intérêts particuliers et plus ou moins personnels. Nous en avons une preuve dans le fait qu'ils ont demandé avec insistance le renvoi pur et simple du *Bill*, au lieu de chercher à en discuter les clauses et de proposer des amen-

dements, sachant cependant que, par ce renvoi, ils privaient la profession d'avantages et de privilèges qu'elle n'avait pas eus jusqu'à aujourd'hui, et qu'elle demandait depuis longtemps. Cela nous est prouvé encore, et plus directement, par les aveux de plusieurs des signataires de la pétition présentée par un certain nombre de médecins en dehors des Universités. " Nous regrettons sincèrement, nous ont-ils dit, avoir signé cette pétition. Ce que nous voulions, ce n'était pas le rejet du *bill*, mais des amendements que nous avions lieu de croire importants, et qu'on aurait pu facilement lui faire subir. "

Depuis cinq ou six ans, c'est-à-dire depuis qu'il est question d'amender notre loi médicale, il ne se passe pas de semaine que nous ne recevions quelque correspondance nous demandant, entre autres choses, pourquoi le Bureau des Gouverneurs ne protège pas les médecins de campagne; comment il se fait que les charlatans ne soient pas inquiétés; pourquoi l'on ne sévit pas contre les sages-femmes non licenciées; s'il est quelque moyen d'avoir justice d'un confrère dont la manière de faire est *anti-professionnelle*, etc., etc. Sachant que le Bureau était à l'œuvre et nous préparait une loi médicale efficace, nous avons invariablement répondu que toutes ces questions allaient bientôt recevoir une solution favorable. Maintenant que le Bureau vient de subir un échec aussi sérieux, nous comptons que nos correspondants sauront à qui s'en prendre désormais si leurs justes et légitimes réclamations ne trouvent d'écho nulle part.

Un mot encore, et nous en aurons fini de ce sujet.

Par certain document publié dans les journaux politiques de Montréal, en juin dernier, on a tenté de faire croire à la profession que l'UNION MÉDICALE s'opposait au projet de loi, et l'on nous a rangé parmi ceux qui en demandaient le rejet. Nous tenons à protester contre la fausseté de ces insinuations. Certes, nous avons avoué que l'Acte projeté n'était pas parfait (1); nous avons même dit que nous y constatons des lacunes réelles à côté de dispositions qui auraient gagné à être modifiées (2), mais de là à demander le renvoi du projet de loi, il y a loin, et nous ne l'avons pas fait. Bien au contraire, nous en avons sollicité l'adoption, même à l'état d'imperfection s'il eut fallu, parce que nous considérons qu'il était fait dans l'intérêt de la profession et qu'il aurait eu pour effet de mettre un terme à plusieurs abus sérieux dont il était temps de voir la fin. Ce qui vient de se passer devant le comité des *bills* privés et la guerre peu loyale qu'on a faite à l'Acte projeté, loin de modifier, confirme encore davantage notre manière de voir.

(1) Voir UNION MÉDICALE DU CANADA, livraison de novembre 1887, page 613.

(2) Voir UNION MÉDICALE DU CANADA, livraison de juin 1888, p. 330.

## La contagion de la tuberculose de l'animal à l'homme.

---

A la séance du 28 mai dernier de la *Société nationale de médecine* de Lyon, M. le docteur GALTIER a présenté un travail très bien fait sur les dangers auxquels expose l'usage de la viande, du lait, du fromage, etc., des animaux tuberculeux. Pour lui comme pour bien d'autres, la question de la contagion tuberculeuse de l'animal à l'homme au moyen de l'alimentation ne saurait être mise en doute, aussi préconise-t-il les moyens suivants d'éviter les dangers qu'il signale.

En premier lieu, la viande d'un animal tuberculeux ou suspect ne doit pas être mangée saignante, mais seulement après avoir subi une réelle et complète cuisson. Il serait bon aussi d'imposer la salaison comme moyen de combattre le danger des viandes tuberculeuses, cette salaison obligeant le consommateur à faire cuire convenablement la viande avant de la manger. La cuisson détruirait sûrement les germes que la salaison n'aurait pas tués. Quant au lait, non seulement il faut éloigner de la consommation le lait cru des vaches phthisiques ou suspectes, mais encore le proscrire de la fabrication du fromage (et du beurre aussi, sans doute).

En rapport avec cette question, M. GALTIER étudie encore les dangers des matières tuberculeuses desséchées, congelées, putréfiées, etc., et conclut qu'il est absolument indispensable d'exiger la destruction, la dénaturation ou la désinfection de tous les objets souillés par des animaux tuberculeux, de leurs excréments, des locaux occupés par eux, les fumiers, etc., afin de prévenir la dissémination de la maladie et sa transmission à l'homme.

Nous nous sommes souvent demandé si, à Montréal, l'inspection des viandes et du lait se faisait d'une manière satisfaisante et par des hommes compétents. Sommes-nous bien sûrs qu'on ne nous vend pas de viandes provenant d'animaux tuberculeux et que le lait qu'on nous fournit provient toujours de vaches absolument saines? Si la dilution préalable du lait par l'eau peut, dans une certaine mesure, atténuer la virulence du bacille tuberculeux, nous aurons certainement sujet d'être rassurés, mais nous préférons encore quelque chose de plus positif, comme, par exemple, un examen microscopique.

---

### Médecin ou charlatan.

---

La *Revue internationale des sciences médicales* reproduit de l'*Intransigeant* le fait qui suit :

Un M. L... exerçait, dit-on, illégalement la médecine de com-



plicité avec plusieurs pharmaciens de Montmartre. Plusieurs plaintes ayant été portées contre lui, le commissaire de police le fit appeler et constata qu'il était bel et bien muni d'un diplôme de docteur en médecine. Après avoir raconté l'histoire de sa vie, le sorcier ajouta : *“ Convaincu que le charlatanisme vaut mieux que la science, je me mis à donner des consultations, mais clandestinement. Et les clients furent nombreux, et ils me payèrent régulièrement sans compter. Et depuis dix ans j'exerce la médecine ayant l'air de me cacher. J'ai fait fortune ; j'ai aujourd'hui dix mille francs de rente. Voilà, monsieur le commissaire, mon histoire. Soyez discret, et surtout ne dites pas aux plaignants que je suis docteur de la Faculté de Paris, je perdrais probablement ma clientèle ”*

Les cas de ce genre ne sont pas aussi rares qu'on serait tenté de le croire. Il y a quelques années, un jeune homme auquel l'exercice du charlatanisme rapportait maints écus eut l'idée malencontreuse de devenir médecin, dans l'espoir d'augmenter son revenu et d'arriver plus sûrement à la fortune. Comme à cette époque l'admission à l'étude de la médecine était chose facile, voilà notre herboriste charlatan sur les bancs universitaires, pour, au bout de trois ans d'études (!), recevoir son diplôme en bonne et due forme. Mais une cruelle déception l'attendait au seuil même du temple de la gloire. Le bon gros public qui avait naguère achalandé la boutique du charlatan la déserta immédiatement quand celui-ci fut devenu médecin diplômé. Au bout d'une année, las d'attendre une clientèle qui se faisait de plus en plus rare, l'esculape jetait aux orties son diplôme et son titre de docteur, et reprenait dans d'autres quartiers l'exercice de son premier métier. Dès lors tout alla pour le mieux et la fortune recommença à lui sourire.

Il est adroit que le public aime qu'on le berne et qu'on se moque de lui ; il adore et recherche avec empressement tout ce qui s'entoure de mystère, tout ce qui sent l'inconnu. De là la vogue des charlatans et celle des médicaments secrets dont la réclame se lit à la quatrième page des journaux ou dans des factums distribués à toutes les portes. Certes, il y aurait là de quoi décourager le vrai mérite si le sentiment du devoir et de l'honneur professionnel ne parlait plus haut. Et pourtant, il y a eu (il y a encore, croyons-nous,) des exemples de médecins, assez bien posés d'ailleurs, qui ont cherché par des moyens sentant le charlatanisme à provoquer les faveurs de la fortune et de la popularité. Tel ou tel remède populaire, réputé excellent contre telle ou telle maladie, et lancé dans le public par tel ou tel pharmacien, n'est souvent que l'œuvre, en sous-main, d'un médecin qui en a fourni la formule et qui prélève sa juste part des bénéfices. Comment la profession médicale qui tolère de semblables abus de la part de ses membres peut-elle, après cela, demander

une législation et des pénalités contre les charlatans qui exercent au vu et au su de tous, et contre les médicaments secrets ou patentés dont on fait partout un si grand abus? N'est-on pas en droit de lui répliquer: "Médecin, guéris-toi toi-même!"

LE DOCTEUR S. W. SQUIRES, de East Avon, N. Y., donne comme excellent le moyen suivant de faciliter l'expulsion du placenta après le travail. "Recommander à la malade de prendre une longue inspiration, puis d'expirer avec force, les lèvres étant appuyées sur le dos de la main. L'utérus se contracte alors immédiatement." Ce n'est pas, bien entendu, le fait de souffler ainsi sur la main qui favorise le décollement et la sortie de l'arrière faix, mais bien l'inspiration forcée.

Tout cela est très rationnel, mais c'est vieux, très vieux même, et il y a longtemps que semblable pratique a cours parmi notre population. Quel est, dans notre province de Québec, l'accoucheur qui, au moment de la délivrance, n'a pas mainte et mainte fois entendu la garde, ou la mère, ou simplement une voisine de la malade recommander à celle-ci de se souffler dans le poing fermé, pour hâter la sortie du placenta?



En dépit des dénégations rassurantes de Sir Morrell Mackenzie, Sa Majesté Frédéric III n'en a pas moins succombé à un cancer du larynx. Comme nous l'avons fait remarquer déjà, la véritable nature de la maladie avait été reconnue dès le début par les chirurgiens et spécialistes allemands, et il n'était guère besoin de faire venir à grands frais un spécialiste anglais dont le rôle s'est borné à faire de la médecine des symptômes, qui a erré vers le point principal: le diagnostic, et qui s'est posé en martyr quand les spécialistes allemands ont cru devoir maintenir leur position première en défendant le diagnostic posé par eux. A ce propos, on a, à plusieurs reprises, tenté d'établir un parallèle entre les chirurgiens allemands et les chirurgiens anglais, entre la science allemande et la science anglaise. Tous ceux qui ne sont pas préjugés et dont l'opinion vaut quelque chose s'accordent à dire que la palme reste de droit à la médecine allemande, et ce qui vient de se passer suffit à l'établir amplement. Si jamais, à Berlin, l'on avait besoin d'autres maîtres, ce n'est pas à Londres qu'on les ira chercher.



Dans son numéro du 23 juin dernier, notre confrère du *Medical Record* (New York) donne comme signe sensible du progrès de la médecine américaine le fait que les délibérations de l'Association médicale américaine et autres sociétés médicales des Etats-Unis sont reproduites non seulement par les journaux de médecine

cine allemands et anglais, mais aussi par ceux de France. Il ajoute innocemment : " Le Français est le dernier à prendre intérêt à ce qui se passe en d'autres pays que le sien."

Pour cette fois encore, la francophobie du *Medical Record* l'a mal conseillé, et lui a fait dire une niaiserie. Tout le monde sait que la médecine française est aussi cosmopolite qu'aucune autre et qu'elle se tient au courant de tout ce qui se dit, s'écrit ou se fait de nouveau, dans le domaine de la science, dans l'univers entier. Nous ouvrons au hasard l'*Union médicale*, une des publications les plus en vue à Paris, et constatons que dans le cours du mois de mai dernier, ce journal a reproduit plus de 15 articles de journaux de langue anglaise, tels que le *British Medical Journal*, le *N. Y. Medical Record* (!), le *Boston Medical and Surgical Journal*, la *Therapeutic Gazette*, etc., sans compter la reproduction des journaux allemands, espagnols, etc. Pendant le même laps de temps, le *Medical Record* n'a pas reproduit un seul article des journaux français.

Parmi les journaux français qui reproduisent le plus souvent des revues anglaises et étrangères, nous mentionnons encore la *Revue de clinique et de thérapeutique*, la *France médicale*, les *Nouveaux remèdes*, le *Bulletin de thérapeutique*, le *Progrès médical*, le *Paris médical*. Bref, nous pourrions, si nous le voulions, multiplier les citations de ce genre et faire comprendre au confrère de New York de quel côté se trouve l'exclusivisme, mais nous y perdriions notre temps et nos peines, attendu qu'il n'y a de pires aveugles que ceux qui ne veulent pas voir.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

SAJOLS (Charles E.) M.D.—**Annual of the Universal Medical Sciences.**—A yearly report of the progress of the general sanitary sciences throughout the world, edited by Charles E. Sajols, M.D., and seventy associate editors assisted by over two hundred corresponding editors, collaborators and correspondents. Illustrated with chromolithographs, engravings and maps, in five volumes.

Philadelphia and London, F. A. Davis, publisher, 1888.

Cet ouvrage a pour but d'enregistrer tous les progrès de la littérature médicale dans son acception la plus large et les faits cliniques recueillis dans les pays où il n'existe pas de littérature, le tout écrit par des auteurs d'une compétence incontestable et publié une fois chaque année indéfiniment.

VOL. 1er.—Traité des sujets suivant. Maladies du cerveau et de la moëlle épinière par E. C. Séguin, M.D. de New-York.

Maladies nerveuses périphériques et névroses par C. K. Mills, M. D. et J. H. Lloyd, M. D. de Philadelphie.

Maladies du cœur et du péricarde par A. L. Loomis, M. D., New-York.

Des fièvres, par J. C. Wilson, M. D., Philadelphie.

Maladies de la bouche, de l'estomac, du pancréas et du foie, par W. H. Thompson, M. D., New-York.

Maladies des intestins et du péritoine, par W. W. Johnston, M. D., Washington.

Parasites animaux et leurs effets, par J. Leidy, M. D., Philadelphie.

Maladies du sang et de la rate. Tuberculose et scrofule, par J. Guiteras, M. D., Charleston.

Rhumatisme et Goutte, par N. S. Davis, M. D., Chicago.

Diabète et maladies des capsules surrénales, par J. Tyson, M. D., Philadelphie.

Maladies des reins et de la vessie, par F. Delafield, M. D., New-York.

Analyse des urines, chylurie et hémoglobinurie, par J. Tyson, M. D., Philadelphie.

VOL. 2me.—Chirurgie du cerveau et des nerfs par N. Sebn, Milwaukee.

Chirurgie abdominale, par J. Ewing Mears, Philadelphie.

Maladies du rectum et de l'anus, par C. B. Kelsey, New-York.

Maladies chirurgicales de l'appareil génito-urinaire de l'homme, par E. L. Keyes, New-York.

Maladies et traumatismes des artères et veines, par John H. Packard, Philadelphie.

Fractures, dislocations et entorses, par Lewis A. Stimson, New-York.

Amputations, résections et chirurgie plastique; maladies des os et des articulations, par P. S. Connor, Cincinnati.

Blessures par armes de guerre, par Hunter McGuire, Richmond.

Tuberculose chirurgicale, abcès, anthrax, etc., par J. Guitéras, Charleston.

Maladies de la peau, par A. Van Harlingen, Philadelphie.

Des tumeurs, par Morris Longstreth, Philadelphie.

Maladies vénériennes, par F. R. Sturgis et A. F. Buechler, New-York.

Maladies chirurgicales, par Ch. Johnston, Baltimore.

Des anesthésiques, par H. M. Lyman, Chicago.

Diagnostic chirurgical, par D. Hayes Agnew, Philadelphie.

VOL. 3me.—OPHTHALMOLOGIE, par W. Thompson et G. M. Gould, Philadelphie.

OTOLOGIE, par C. S. Turnbull et C. L. Weed, Philadelphie.

Maladies du pharynx, par D. Bryson Delavan, New-York.

Maladies du larynx, de la trachée et de l'œsophage, par J. Solis Cohen, Philadelphie.

Maladies de la glande thyroïde, par J. Guitéras, Charleston.

- Maladies des poumons et de la plèvre, par J. T. Whittaker, Cincinnati.
- Alcoolisme, morphinisme et maladies analogues, par H. M. Lyman, Chicago.
- Chirurgie de la bouche, par J. E. Garretson, Philadelphie.
- Pathologie et thérapeutique dentaires, par W. X. Sudduth, Philadelphie.
- Prothèse dentaire et orthodontie, par S. H. Guilford, Philadelphie.
- Pansements chirurgicaux, par C. Wirgman, Philadelphie.
- Chiropodister, par C. C. Davidson, Philadelphie.
- VOL. 4me.—Maladies de l'utérus, par Paul F. Mundé, E. H. Grandin et Brooks H. Wells, New-York.
- Menstruation et ses désordres, par E. C. Dudley et J. Hoag, Chicago.
- Maladies des ovaires et des trompes, par W. Goodell et W. C. Goodell, Philadelphie.
- Maladies du vagin et des organes génitaux externes, par W. H. Parish, Philadelphie.
- Stérilité, grossesse ; accidents de la grossesse, par Theo. Parvin, Philadelphie.
- Obstétrique, par W. L. Richardson, Boston.
- Maladies puerpérales, par Theo. Parvin, Philadelphie.
- Diététique de la première et de la seconde enfance, par L. Starr, Philadelphie.
- Maladies de la première et de la seconde enfance, par J. Lewis Smith et Currier, Warner, Myers, Cooke, Daniels, Wendt, Baruch et Brown, New-York.
- Chirurgie orthopédique, par Ths. G. Morton et Wm. Hunt, Philadelphie.
- Thérapeutique générale, par William Pepper et J. P. Crozier Griffith, Philadelphie.
- Thérapeutique expérimentale, par Hobart Amory Hare, Philadelphie.
- VOL. 5me.—Climatologie et Balnéologie médicales, par G. H. Rohé, Baltimore.
- Electro-thérapeutique, par A. L. Ranney, New-York.
- Chimie médicale et toxicologie, par J. W. Holland, Philadelphie.
- Médecine légale, par F. Winthrop, Draper, Boston.
- Démographie médicale, par A. L. Gihon, Marine des États-Unis.
- Hygiène et Epidémiologie, par J. B. Hamilton, Washington.
- Des différentes manières de disposer des morts, par J. G. Lee, Philadelphie.
- Anatomie du cerveau, par E. C. Spitzka, New-York.
- Anatomie, par W. S. Forbes, Philadelphie.

Physiologie, par H. Newell, Martin et W. H. Howell, Baltimore.

Croissance et âge, par C. G. Minot, Boston.

Technologie, par W. P. Manton, Détroit.

Histologie, par W. P. Manton, Détroit.

Embryologie, Anomalies et Monstruosités, par W. H. Sudduth, Philadelphie.

Embryologie et Histologie dentaire, par W. H. Sudduth, Philadelphie.

Pathologie générale, par E. O. Shakespeare, Philadelphie.

La table des matières, basée sur un système tout à fait neuf, est divisée en trois colonnes dont la première ne diffère en rien des tables ordinaires, la deuxième est un index thérapeutique et la troisième une nomenclature des auteurs qui ont traité chaque sujet en particulier.

**HIRST** (Barton Cooke) M. D.—**A System of Obstetrics by American authors**, edited by Barton Cooke Hirst, M. D., 1 vol illustrated with a colored plate and three hundred and nine engravings on wood.—Philadelphia, Lea Brothers & Co., 1888. Octavo de 808 pages.

Les sujets traités sont :

1° L'histoire de l'obstétrique, par G. J. Engelmann, M. D., de St-Louis, Mo.

2° La Physiologie et l'Histologie de l'ovulation, de la menstruation et de la conception ; le développement de l'embryon par H. Newell Martin, M. D., de Baltimore.

3° Le fœtus ; son développement, ses anomalies, sa tératologie, ses maladies et son expulsion prématurée, par Barton Cooke Hirst, M. D., de Philadelphie.

4° La grossesse ; sa physiologie, sa pathologie, ses signes et son diagnostic différentiel, par W. Wright Jaggard, M. D., de Chicago.

5° La conduite du travail et le traitement de l'état puerpéral, par Samuel C. Busey, M. D., de Washington.

6° Le mécanisme du travail et le traitement du travail basé sur son mécanisme, par R. F. T. Penrose, M. D., de Philadelphie.

7° De l'emploi des anesthésiques pendant le travail, par J. C. Reeve M. D., de Dayton.

8° Anomalies des contractions pendant le travail, par Théo. Parvin, M. D., de Philadelphie. L'ouvrage sera complet en deux volumes et si l'on tient compte de la table des matières du premier telle que reproduite ci-dessus il est bien permis de supposer que rien ne sera négligé pour faire de ce traité un ouvrage classique de premier ordre. La maison Lea Brothers et Co., de son côté, n'a rien négligé pour rendre la forme digne du fond.

**BOOK.**—A reference hand-book of the medical sciences embracing the entire range of scientific and practical medicine and allied sciences, by various writers. Illustrated by chromo-lithographs and fine wood engravings.—Edited by Albert H. Buck, M. D., New York, VOL. VI. PRA. TEP.—New York, William Wood & Company, 56 and 58 Lafayette Place, 1888.

Nos lecteurs connaissent déjà ce splendide ouvrage, soit comme souscripteurs, soit par les rapports avantageux qui en ont été publiés dans la presse médicale. Ce sixième volume qui vient de paraître ne le cède en rien aux précédents. C'est un splendide octavo royal de 778 pages, œuvre collective de 92 auteurs spécialistes. Il est orné de 437 gravures sur bois et de trois chromolithographies. Papier de choix, typographie irréprochable.

Nous tenons à rappeler que cet ouvrage n'est pas un dictionnaire en ce sens qu'il ne traite pas de toutes les questions médicales mais de celles seulement qui se recommandent par un cachet d'actualité, ou de progrès, laissant de côté les lieux communs que l'on peut trouver partout. Ce système permet de traiter *in extenso* les questions qui le méritent et donnent à l'ouvrage une valeur considérable, outre que le grand nombre des auteurs qui y contribuent est une garantie pour le lecteur qui y puise les connaissances du jour. Une analyse détaillée des articles contenus dans ce volume nous est impossible, mais nous affirmons sans crainte qu'il est impossible de trouver une question importante qui n'y soit traitée de main de maître. Nous recommandons instamment le "Reference Hand book" à l'attention des praticiens studieux. Ceux qui le connaissent déjà n'hésiteront pas à témoigner de sa valeur scientifique et artistique.

**FILLEAU et LÉON-PETIT.**—Bulletin de la phthisie pulmonaire, par le Dr A. Filleau et le Dr Léon-Petit. Revue trimestrielle des recherches expérimentales cliniques et thérapeutiques sur la tuberculose. Paris, Octave Doin, éditeur, 1887.

**McGill University.**—Annual Calendar. Faculty of medicine, 56th Session, 1888-89.

**REEVES-JACKSON.**—The intra-uterine stem in the treatment of flexions.—Chicago 1888.

**RUULT.**—De quelques phénomènes névropathiques réflexes d'origine amygdalienne, par le Dr Arthur Ruault (Extrait des Archives de laryngologie). Paris Steinheil, 1888.

**FORT.**—Nouveau procédé pour guérir les rétrécissements de l'urèthre rapidement et sans aucun danger, par le docteur J. A. Fort.—Paris, Delahaye et Lecrosnier, 1888.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

---

On dit qu'il y a environ 700 sociétés médicales aux États-Unis.

On signale encore la présence du choléra en Cochinchine et aux Indes.

Sir Morrell MacKenzie a reçu \$5000 par mois pour les soins qu'il a donnés à Sa Majesté l'empereur Frédéric III.

**Nécrologie.**—A Glasgow, M. le docteur MAC EWEN, professeur de clinique chirurgicale au *Glasgow Royal Infirmary*.

*L'Association américaine d'obstétrique et de gynécologie* doit se réunir à Washington les 18, 19 et 20 septembre 1888.

*L'association médicale britannique* se réunira cette année, à Glasgow, les 7, 8, 9 et 10 août, sous la présidence du docteur John T. BANKS.

En Angleterre, les lords commissaires de la Trésorerie ont défendu l'emploi de la saccharine dans la fabrication de la bière, sous peine d'une amende de 1,250 francs.

Depuis le 1er juillet, le *Canada Medical and Surgical Journal* a changé son nom pour celui de *Montreal Medical Journal*. Chaque livraison contiendra désormais 80 pages au lieu de 64.

On prescrit si souvent les préparations de la célèbre maison Wm R. Warner & Co. de Philadelphie que nous croyons utile de prévenir nos lecteurs qu'il existe à Rochester une maison qui a pour raison sociale, H. H. Warner & Co. Ceux qui connaissent, apprécient et prescrivent les préparations de l'ancienne maison feront bien de spécifier Wm R. Warner & Co. pour éviter une méprise.

**Laboratoire de prophylaxie de la rage.**—Le nombre des laboratoires de prophylaxie de la rage est aujourd'hui, en comptant ceux de la Havane, du Brésil et de Buenos-Ayres, de vingt-trois. Tous les directeurs sont venus étudier la méthode à Paris.—*Lyon médical*.



**Université Laval, Montréal.—Faculté de médecine.**—Des examens pour la licence en médecine ont eu lieu dans le cours de la première semaine de juin et ont donné le résultat suivant :

*Bacheliers en médecine* : MM. R. BOULET, J. E. P. CHAGNON, G. R. CHEVRIER, O. de COTRET, J. DOIRON, H. M. DUHAMEL, E. N. FUGÈRE, J. C. GARIEPY, Louis de L. HARWOOD, L. P. N. LEDUC, L. E. LERICHE, G. E. LESAGE, A. J. L. de MARTIGNY, O. F. MERCIER, S. S. POIRIER, J. E. POURÉ, J. W. ROURKE, A. M. N. SASSEVILLE, J. V. THUOT, J. E. VANASSE.

*Licencié en médecine*, M. FERD. BÉLANGER.

**Congrès médical de Barcelone.**—Du 9 au 15 septembre prochain, il y aura, à Barcelone, deux congrès : l'un médical et l'autre pharmaceutique, dont le but sera l'étude de questions importantes de la science.

Le nombre des séances du congrès médical sera de six et les matières dont il s'occupera seront divisés en quatre sections, savoir : sections des thèmes généraux à traiter par le congrès entier, section de médecine, section de chirurgie et section d'hygiène et démographie.

Le nombre des séances du congrès pharmaceutique sera également de six et les matières dont on traitera seront aussi groupées en quatre sections, savoir : section des questions générales à traiter par le congrès entier, section de pharmacologie, section de pharmacie pratique et section de chimie.

La langue officielle sera l'espagnol.

**Association médicale du Canada.**—La vingt-unième réunion annuelle de l'Association médicale du Canada se tiendra à Ottawa, les 12, 13 et 14 septembre prochain. Les officiers de l'association pour l'année courante sont :

*Président* : Dr. J. E. Graham Toronto *Président élu* : Dr. George Ross, Montréal. *Secrétaire-général* : Dr. James Bell, Montréal. *Trésorier* : Dr. Chs. Sheard, Toronto.

*Vice-présidents* : Pour Ontario : Dr. Eccles, London; pour Québec : Dr. Christi, Lachute; pour le Nouveau-Brunswick : Dr. Currie, Fredericton; pour la Nouvelle-Ecosse : Dr. Wickwire, Halifax; pour Manitoba : Dr. Blanchard, Winnipeg; pour la Colombie Anglaise : Dr. True, New-Westminster.

*Secrétaires-locaux* : Pour Ontario : Dr. J. A. Grant, jr., Ottawa; pour Québec : Dr. Armstrong, Montréal, pour le Nouveau-Brunswick : Dr. Lencam, Campbelltown; pour la Nouvelle-Ecosse : Dr. Trucman, Sackville; pour Manitoba : Dr. Choron, Winnipeg; pour la Colombie Anglaise : Dr. Willen, Victoria.