

## 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

## THERAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

UNIVERSITÉ LAVAL (Montréal).—M. BROSSEAU.

### De la cure radicale des hernies.

MESSIEURS.

L'étude des hernies fera le sujet de nos leçons durant ce second terme, sujet très important que chacun de vous doit étudier sérieusement.

Le traitement des hernies a progressé, a été considérablement perfectionné depuis quelques années. L'antisepsie, qui a rendu les chirurgiens si hardis quant à la gastrotomie, les a aussi rendus plus entreprenants quant à la cure radicale des hernies. Grâce aux nombreux travaux faits récemment, on peut dire que cette opération est presque devenue une opération réglée. En effet, aujourd'hui, au lieu d'abandonner à leur sort les pauvres malheureux porteurs de hernies incoercibles ou irréductibles, nous avons la satisfaction de pouvoir remédier à cette infirmité, au moins dans un grand nombre de cas. C'est là certainement une des plus belles conquêtes de la chirurgie moderne.

De tout temps les chirurgiens ont tenté le traitement curatif des hernies, mais ce n'est que depuis l'avènement de la méthode antiseptique et les immortels travaux qui lui ont donné origine que ces opérations sont entrées dans la pratique courante.

Nous décrirons brièvement les trois modes de traitement qui doivent être mis en usage suivant le siège, la variété, le volume, l'âge, etc., des hernies.

*Cure radicale des hernies par les bandages.*—Gosselin a spécifié les indications nécessaires, les règles précises pour arriver à ce but.

Lorsqu'une hernie, dit-il, est bien contenue pendant le jour par un bandage, et que la nuit le patient garde l'appareil, ou bien, lorsque le bandage étant ôté, la position horizontale suffit pour empêcher la descente de s'opérer, la hernie peut disparaître complètement chez les enfants, les jeunes gens et même chez les adultes. Mais après trente ans, les chances de guérison ne sont plus les mêmes, elles sont minimales au contraire.

En dehors de l'âge, il faut tenir également compte du siège, de la variété, du volume, etc., de la hernie; par exemple, les hernies inguinales qui ont le plus de chance de guérir sont celles qui sont le moins avancées dans le trajet inguinal, savoir les degrés suivants qu'on appelle: pointe de hernie, interstitielle, bubonocèle.

La hernie descendue dans le scrotum est presque toujours incurable par ces moyens simples.

Malgaigne a dit que ce serait folie de vouloir guérir la hernie crurale par un bandage. On peut en dire autant des hernies ombilicale et crurale chez l'adulte.

La conclusion à tirer des lignes précédentes, c'est que certaines hernies peuvent être radicalement guéries par un bandage approprié et porté suffisamment longtemps. D'autres hernies ne peuvent être radicalement guéries que par une opération sanglante.

Il n'y a que les auteurs classiques les plus récents qui fassent mention de ces opérations.

M. L. Picqué, chef de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu de Paris, a fait l'article "des hernies" dans l'Encyclopédie internationale de chirurgie. C'est à ce travail remarquable que j'emprunte pour vous préparer ces leçons.

Il divise les opérations en deux grandes classes, les unes lentes ou anciennes, les autres rapides ou modernes.

La première classe comprend les procédés qui amènent la cure radicale par un processus adhésif. La seconde comprend des moyens plus compliqués qui aboutissent au même résultat par obturation du trajet herniaire à l'aide d'un bouchon organique.

Les injections iodées, par exemple, faites au pourtour des anneaux, l'irritation inflammatoire produite par la pression du bandage sont aptes à produire ce processus adhésif nécessaire à la cure radicale.

En effet, n'est-il pas reconnu que celui qui commence à porter un bandage herniaire éprouve ces symptômes inflammatoires: douleur, rougeur, chaleur qui font que le malade ne consent que difficilement à continuer le traitement. Le chirurgien doit insister et forcer le patient à endurer son appareil, car, si le sujet est jeune, la hernie petite et récente, il y a grande chance d'obtenir la cure radicale.

*Cure radicale des hernies par les opérations sanglantes.*—Gerdy a beaucoup préconisé l'obturation du trajet herniaire par le bouchon organique. John Wood, de *King's College*, a eu l'idée de fermer le trajet herniaire en combinant à l'obturation par l'invagination, le rétrécissement par la suture des piliers.

Pour donner une idée de son procédé opératoire, je dois dire qu'il saisit, dans l'anse d'un fil métallique, le fond du sac, l'attire en haut entre les piliers qu'il rapproche en les traversant avec les deux bouts du fil qu'il tortille ensemble.

Le trait principal de cette opération c'est d'être sous-cutanée. L'auteur prétend obtenir de nombreux succès. Je l'ai vu opérer, j'ai aussi examiné quelques-uns de ses malades qui paraissaient bien guéris.

Les opérations tout à fait modernes sont faites à ciel ouvert, comme la kélotomie pratiquée sur une hernie étranglée.

Ces opérations sanglantes sont appliquées à la cure radicale des hernies *réductibles mais difficilement contrôlables*, et aussi aux hernies *irréductibles*.

Quand une hernie, quoique réductible, ne peut cependant être maintenue que *très difficilement*, alors il est permis d'intervenir afin d'enrayer la tendance habituelle de ces hernies à l'accroissement, et aussi de mettre fin aux coliques, à la constipation, digestions pénibles qui réagissent d'une façon fâcheuse sur la santé générale.

L'idée d'empêcher la récurrence après la kélotomie a préoccupé de tout temps les chirurgiens, mais ce n'est que récemment que, mieux renseignés sur la pathologie et enhardi par les avantages de l'antisepsie, ils ont entrepris la cure radicale de la hernie après la kélotomie.

L'opération est commencée comme dans une kélotomie ordinaire avec *ouverture* du sac, puis la plupart des chirurgiens font ensuite la ligature du collet du sac avec un fort fil en catgut.

Quant au sac herniaire lui-même, on en fait l'excision incomplète ou l'extirpation totale.

L'excision partielle fait enflammer et agglutiner les parois du canal, d'où oblitération.

L'extirpation complète du sac fait que les parois du canal devenu fibreux s'unissent fatalement, d'où résulte l'oblitération de la loge qui avant était toujours béante et prête à recevoir les viscères.

La suture des lèvres de l'incision cutanée avec celles de l'incision du sac fournissent un moyen très sûr d'oblitération.

L'extirpation du sac herniaire convient mieux aux hernies crurales et ombilicales qu'à la hernie inguinale, car la dissection de cette dernière peut compromettre les éléments du cordon. Cette dissection est difficile, délicate, mais avec une certaine habitude des opérations, le succès est assez facile.

Quelle est la conduite à tenir vis-à-vis des organes herniés irréductibles ?

Si c'est l'épiploon, on devra en faire la ligature par faisceaux isolés, le réséquer, puis *réduire* le pédicule, ou mieux, le *fixer* dans le collet afin d'obtenir ainsi une obturation plus solide.

Si c'est l'intestin qui est hernié et irréductible, il faudra le disséquer, et si les adhérences étaient trop fortes, il faudrait mieux disséquer ces adhérences et les réduire avec l'intestin.

La mortalité à la suite de ces opérations n'est que de 6 à 8

pour 100, mais faut compter avec des récides assez fréquentes.

Puisqu'il est déjà constaté par les statistiques que la cure radicale des hernies par opérations sanglantes n'est pas très grave, et que cette opération met le patient à l'abri des complications sérieuses qui surviennent en l'absence d'une bonne contention, il est donc logique de conseiller l'opération de la cure radicale des hernies. Espérons que cette opération entrera dans la pratique ordinaire. Elle est aujourd'hui pratiquée couramment dans les grands hôpitaux d'Europe et des Etats-Unis. J'ai eu l'avantage d'en voir faire une, l'été dernier, au *New-York City Hospital*. Le patient était âgé d'environ soixante ans, et portait une hernie crotale réductible mais difficile à maintenir depuis vingt ans; opération a été pratiquée suivant une antiseptie rigoureuse, trois couches de gaze et d'ouate bichlorurées, tube à drainage, etc., etc.

M. P. Segond a fait des recherches très complètes sur les résultats de la cure radicale après la kélotomie. Voici ses conclusions :

“ Quoique les tentatives de cure radicale n'aggravent pas sensiblement le pronostic de l'opération de la hernie étranglée, cependant la dissection du sac de la hernie inguinale présente de sérieuses difficultés, notamment celle de ne pas couper le vas déferent et de rompre les adhérences qui retiennent ordinairement le sac. La conduite la plus sage à tenir est la suivante : inciser le sac, réduire les viscères, réséquer les parties flottantes du sac, placer un drain dont l'extrémité supérieure affleure l'anneau, et suturer la plaie par-dessus. ”

Il est évident que la lumière n'est pas encore complètement faite sur ce moyen thérapeutique, mais l'expérience aura bientôt prononcé sur les points douteux.

Je ne saurais terminer cette leçon sans attirer votre attention sur le travail de M. P. Reclus intitulé “ Etranglement herniaire, Kélotomie ” reproduit dans le numéro de janvier de l'UNION MÉDICALE DU CANADA. J'ai lu et relu cette clinique de M. Reclus; elle contient les renseignements les plus judicieux et les plus pratiques sur ce sujet. Je vous conseille de la lire de nouveau et de bien mettre en pratique les sages conseils qui y sont donnés.

**Sur le bacille du cancer.**—D'une communication faite par M. SCHEURLEN à la *Société de médecine interne de Berlin*, il semble ressortir qu'il y a un bacille dans le cancer, et que ce bacille est la cause, le facteur étiologique du cancer. Cette conclusion est fondée: 1° sur la présence constante du bacille dans les cultures pures; 2° sur l'existence constante de spores de ce bacille dans les préparations microscopiques des produits cancéreux; 3° sur le résultat positif de l'inoculation aux animaux.

## REVUE ANNUELLE D'OPHTALMOLOGIE,

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

professeur à l'Université Laval, Montréal, oculiste de l'hôpital Notre-Dame. (1)

*L'antisepsie, en oculistique, a trouvé un grand nombre d'adeptes et de défenseurs et un certain nombre aussi de détracteurs acharnés. Le terrain oculaire est un vaste champ d'observation pour l'étude du développement des micro-organismes et des différents moyens suggérés pour combattre leur action pathogène. La conjonctivite catarrhale, purulente, diphthéritique, granuleuse, la kératite suppurative, l'ulcère infectant de la cornée, la dacryocystite, l'orgeolet, le chalazion sont autant d'affections qui se rattachent aux nouvelles théories étiologiques. Les opérations ont été aussi appelées à bénéficier de l'emploi des antiseptiques et ceux qui en font usage proclament généralement la supériorité des résultats obtenus aujourd'hui sur ceux d'autrefois.*

Le nombre de ceux qui négligent toute précaution antiseptique au cours de leurs opérations est plus rare qu'on ne le croit : tel ou tel opérateur n'emploie pas d'antiseptique, mais lave soigneusement les yeux de ses opérés avant l'opération avec de l'eau ordinaire. Le protoxyde d'hydrogène a au moins cela de commun avec les antiseptiques, qu'il nettoie la surface de l'organe qu'on se propose d'opérer, et c'est peut-être aussi le seul mérite des antiseptiques les plus vantés. Une étude très intéressante vient d'être faite à ce sujet par le professeur Gayet, de Lyon. Voulant constater jusqu'à quel point nos traitements antiseptiques produisent des résultats satisfaisants, il a soumis 213 patients à toute une série de traitements antiseptiques les plus minutieux, bains généraux, désinfection et lavages antiseptiques de l'œil, renouvelés plusieurs jours de suite et plusieurs fois dans la même journée, antisepsie complète de l'œil, au moment même de l'opération, ainsi que des mains et des instruments de l'opérateur à l'aide d'une solution saturée d'acide borique ou d'une solution au sublimé au 1/1000. Cependant, malgré toutes ces précautions, le liquide contenu dans les culs de sac conjonctivaux immédiatement après le lavage antiseptique, porté dans des tubes contenant de la gelose, a été fertile chez 171 patients sur 213 ! Les opérations de cataracte, dans ces cas, ont donné le résultat suivant : 134 succès, 42 succès incomplets, 13 accidents phlegmoneux ou suppuratifs.

Cette étude fait ressortir 3 faits instructifs :

[1] Cette revue est forcément très concise et porte seulement sur les questions ophtalmologiques les plus intéressantes qui ont été traitées en 1887.

1o. L'œil le mieux aseptisé contient encore un grand nombre de germes de différentes formes et possédant probablement des actions différentes ;

2o. Les pansements antiseptiques les plus rigoureux ont grande chance de rester inefficaces.

3o. L'on peut opérer des yeux dans des conditions septiques sans rencontrer de complications suppuratives.

De là à nier toute relation de cause à effet entre les micro-organismes et les maladies infectieuses, il n'y a qu'un pas à faire, mais avant de rétrograder, les partisans des doctrines microbiennes perfectionneront leur méthode bactériologique, et ce qui pour eux reste inexplicable aujourd'hui pourra devenir évident demain.

Qu'il y ait entre virus et maladie purulente un lien étroit, personne ne peut le contester : le pus actif de la blennorrhagie est souvent la cause de l'ophtalmie purulente ; ce pus inoculé de nouveau sur une conjonctive saine détermine la même maladie ; la matière septique qui stagne dans le sac lacrymal et les culs de sacs conjonctivaux détermine bien souvent l'ulcère infectant de la cornée ; les opérations de cataracte pratiquées chez des sujets atteints d'obstruction des voies lacrymales ou d'affections catarrhales ou granuleuses de la conjonctive courent de grandes chances d'être suivies d'une suppuration cornéenne.

Que ce soient tous les micro-organismes ou seulement une des variétés contenues dans la matière septique, ou encore la constitution chimique spéciale de ce milieu qui détermine la maladie, il en résulte une différence dans l'interprétation scientifique et rigoureuse des faits, mais il ne s'en suit pas qu'il faille attendre des données plus précises pour s'attaquer à ce tout mystérieux. Que l'on cherche immédiatement à le modifier, à le rendre inoffensif, à le stériliser, non-seulement dans les tubes de culture mais sur les yeux de nos patients. Malheureusement, cette tâche reste encore à accomplir, car, avouons-le, nos moyens anti-septiques n'ont pas encore donné toute la mesure de leur valeur théorique.

Les suppurations cornéennes se rencontrent encore chez des sujets opérés de la cataracte avec les précautions les plus minutieuses, l'ulcère serpiginieux de la cornée continue à envahir la cornée en dépit de l'iodoforme, du galvano-cautère et de tous les traitements à base désinfectante. Le bichlorure de mercure, qui paraît occuper le premier rang dans la confiance populaire, ne peut pas être employé sur l'œil au même degré de concentration que sur les téguments externes, il en résulte une différence d'action et l'on peut se demander à bon droit ce que vaut une solution de bichlorure au  $\frac{1}{1000}$ .

Comme conséquence des idées actuelles sur le rôle des micro-organismes dans les suppurations cornéennes, l'opération de la cataracte est entrée dans une phase nouvelle.

L'opération de Daviel, abandonnée à cause du chiffre élevé de la suppuration cornéenne que l'on mettait sur son compte, tend à reprendre de la vogue, maintenant que l'on combat plus facilement l'infection des lèvres de la plaie.

Cependant ce retour n'est pas complet en ce qui regarde l'incision cornéenne ; il y a bien peu d'opérateurs qui reviendraient à l'extraction à grand lambeau. Mais on abandonne peu à peu l'iridectomie, et pour remédier à la sortie plus difficile des masses corticales, on va même jusqu'à faire des injections aseptiques dans la chambre antérieure.

L'avantage réclamé, d'une opération de cataracte sans iridectomie, c'est de donner un résultat optique et cosmétique plus parfait. Il paraît démontré que ces deux buts ne sont pas obtenus : l'acuité visuelle ne paraît pas avoir été influencée plus favorablement dans un cas que dans l'autre, et la brèche iridienne, lorsqu'elle est pratiquée à la partie supérieure, est suffisamment masquée par la paupière.

Le principal obstacle à la conservation de l'iris, c'est la sortie plus difficile du cristallin et des masses corticales et le danger du prolapsus. Le Dr Valk a imaginé un rétracteur de l'iris qui permet une sortie plus facile du cristallin et des masses corticales, et l'ésérine combat jusqu'à un certain point la hernie de l'iris, mais ces deux moyens ne nous paraissent pas suffisants pour abandonner l'iridectomie et nous priver des avantages qu'elle procure.

Parmi les contributions annuelles à l'étude de l'*astigmatisme*, il faut citer celles de M. Martin, de Bordeaux. Pour lui, le croissant papillaire, dans la très grande majorité des cas, peut-être toujours, est situé à l'extrémité d'une contraction partielle du muscle ciliaire, et c'est cette contraction qui est la cause de son apparition et de son développement. Cette proposition toute neuve et toute séduisante demande confirmation. Un fait qui paraît mettre la théorie en défaut, c'est la rareté du staphylome postérieur chez les hypermétropes et la fréquence relative de l'*astigmatisme* dans ces cas.

On s'occupe beaucoup en ce moment de fixer les bases d'une notation définitive et internationale de l'*astigmatisme*. Une commission a été nommée à cet effet et devra faire rapport à la prochaine réunion de la Société française d'ophtalmologie. D'un autre côté, au congrès de Washington, une semblable commission a été nommée pour formuler une proposition au prochain congrès, relativement à la désignation des prismes par la déviation minimum au lieu de l'angle de réfraction.

La *conjunctivite diphthéritique*, affection aussi grave que rare, a été traitée avec un certain succès par Fieuzal et Coppez à l'aide du jus de citron combiné à l'emploi de la glace.



*L'ergot de seigle* a été conseillé par Paddock, de New-York, pour combattre la conjonctivite congestive, l'iritis, la rétinite, etc. ; ce médicament agirait mécaniquement en contractant les vaisseaux.

L'étiologie de la *kératite interstitielle* a fait un pas de plus, cette année, par les travaux de Trousseau, à Paris, et Haltendorf à Genève. Les doctrines de Hutchinson, après avoir été mal vues en France et en Allemagne, tendent à se faire accepter généralement, grâce aux travaux de Parrot, Parinaud, Fournier et autres.

Depuis bientôt dix ans, nous avons pris un intérêt tout particulier à l'étude de cette question si controversée du rôle que joue la syphilis héréditaire dans la *kératite interstitielle* diffuse. A cet effet nous avons consigné un grand nombre d'observations, prenant note de l'état des dents, des os de la face, des maladies antérieures et des antécédents des parents. Depuis quatre ans surtout nous ne manquons aucune occasion de dessiner ou photographier les dents et de faire une enquête minutieuse sur le passé sanitaire des parents. Quel a été le résultat de ces observations ? Exactement celui de Trousseau et Haltendorf, c'est-à-dire que les dents sont déformées et vicieuses, taillées en V, le plus souvent usées en meule, jaunes, rabougries, distancées anormalement, implantées irrégulièrement ; le palais est de forme ogivale, il y a obstruction osseuse des voies lacrymales et quelquefois rhinite atrophique. Voilà pour les os de la face.

Dans les antécédents de famille, nous voyons cette belle et triste image clinique que nous a donnée Fournier dans ses incomparables leçons sur la *syphilis* et le *mariage*.

Ce sont d'abord des fausses couches, puis un enfant vient au monde avant terme, un autre succède qui est vivant à la naissance mais qui meurt peu de temps après dans les convulsions ou de cause inconnue. Enfin, un enfant survit à ce naufrage de la famille, mais cet enfant, en grandissant, montre les caractères indélébiles du vice constitutionnel de ses père et mère. Les dents sont laides ou affreuses, puis, un jour, apparaît la *kératite interstitielle* diffuse.

L'enquête, en pareille circonstance, n'est pas chose toujours facile, mais, pour les cas douteux, il reste encore un certain ensemble de symptômes qui laissent peu de doute à l'esprit le moins préjugé. Cependant, la syphilis héréditaire n'est pas la seule cause de la *kératite* diffuse ; d'autres cachexies doivent entrer en ligne de compte, mais dans des proportions très restreintes.

*L'anatomie de l'appareil moteur de l'œil de l'homme et des vertébrés* a reçu une contribution des plus importantes de la part de M. le Dr Motais, d'Angers. Il existait encore certains points obscurs dans l'anatomie comparée des muscles de l'œil et de la capsule de Tenon. M. Motais a le mérite d'avoir étudié la question à fond et

d'avoir défini les conditions qui maintiennent la fixité du centre de rotation du globe, le mécanisme de ses mouvements et la part que prend la capsule Tenon, comme modératrice de la contraction musculaire. L'espace restreint dont nous disposons ici ne nous permet pas de donner à l'analyse de cet ouvrage toute l'attention qu'il mérite, ce serait d'ailleurs entrer dans des détails minutieux qui n'offrent pas un intérêt pratique aux lecteurs de cette revue. Quant à ceux que la question pourrait intéresser, nous les renvoyons à l'ouvrage même, qui est certainement l'œuvre la plus importante accomplie en ophtalmologie cette année, œuvre tellement bourrée de faits et d'aperçus nouveaux, qu'une analyse ne peut en donner qu'une idée bien incomplète.

Comme déduction de ce qui précède, l'opération du strabisme tend à se modifier, et, basée sur des données anatomiques plus précises, est appelée à donner de meilleurs résultats qu'auparavant. On parle maintenant d'avancement capsulaire sans ténotomie (de Wecker) combiné à la ténotomie de l'antagoniste pour remédier aux forts degrés de strabismes convergents ou divergents.

Le Dr Borel, chef de clinique de Landolt, a publié, sous le nom de *contracture et paralysie hystérique des muscles oculaires et leur production artificielle par suggestion*, des expériences très intéressantes qui ont été faites, à ce sujet, dans le service de M. Charcot, à la Salpêtrière.

Il s'agissait de savoir si le strabisme hystérique était paralytique ou spastique, et pour y arriver il fallait le produire par suggestion pendant le sommeil somnambulique, de même que Charcot avait pu produire des monoplégies, des hémip légies et des paraplégies hystériques. Ici, nous laissons la parole au Dr Borel : " Le sujet (une hystéro-épileptique) étant mise dans l'état somnambulique et prête par conséquent à recevoir toutes les suggestions imaginables, nous essayons par exemple de lui donner un *ptosis*. Nous fermons un de ses yeux et lui disons en le tenant clos par une légère pression : vous ne pouvez plus ouvrir cet œil ; il reste fermé, la paupière est devenue lourde ; c'est curieux comme elle tombe. On voit alors l'œil rester fermé tant qu'on n'aura pas détruit la suggestion, et si l'on réveille auparavant la malade, elle ne se souvient plus de ce qui s'est passé pendant son sommeil, et, cependant, elle conserve ce *ptosis* dû à une suggestion dont elle ne s'est pas douté. Pour la guérir, il faut de nouveau endormir le sujet et lui suggérer que son œil peut s'ouvrir librement." Cet exposé a démontré qu'il s'agissait, selon toute apparence, d'une contracture de l'orbiculaire. Il restait à provoquer un strabisme par le même procédé ; nous donnons de nouveau la parole au Dr Borel : " Nous disons au sujet : c'est curieux comme vous louchez, comme cet œil droit est tourné en dedans ; il ne peut plus se mou-

voir en dehors. Après avoir résisté un instant à la suggestion, le sujet se désole de loucher et l'on constate que l'œil indiqué se place dans la position du strabisme convergent, qui peut atteindre 30, voire même 40 degrés.

Si l'on réveille la malade en ce moment, elle s'effraye immédiatement de voir double, se plaint d'une sensation de constriction du globe oculaire. Pour éviter les protestations violentes de la malade, il faut souvent l'endormir de nouveau pour détruire la suggestion et guérir aussi le strabisme." Un examen détaillé a démontré qu'il y avait diplopie homonyme et d'autant plus accusée que la lumière était plus portée du côté opposé à l'œil dévié. Il y a donc eu des symptômes de paralysie, mais, d'un autre côté, la variabilité du degré de strabisme et de la diplopie indiquent qu'un spasme y jouait un rôle important.

Le prof. Van Hippel, de Gussen, a fait part au congrès de Heidelberg, d'une opération de transplantation de la cornée, pratiquée il y a un an, et ayant donné des résultats permanents et satisfaisants. L'auteur a fait construire un trépan spécial qui sert à enlever la partie leucomateuse du patient et un fragment identique de la cornée d'un lapin. Il est prouvé que ce procédé est applicable aux leucomes non adhérents de la cornée, et, accompagné de toutes les précautions antiseptiques voulues, peut donner de bons résultats.

Le prof. Schmidt Rimpler (de Marbourg) a constaté que l'éclairage latéral intense avait pour effet de nuire à la netteté de la vision centrale.

Cette observation trouve son application chez les patients qui souffrent d'un abaissement de l'acuité visuelle. Pour y remédier dans une certaine mesure, l'auteur conseille de faire porter des lunettes sous forme de coques opaques percées, au milieu, d'un trou qui ne permet que la vision centrale.

M. Mules, de Manchester, a proposé, au congrès de Washington, de remplacer le contenu intra-oculaire, dans les cas d'éviscération, par une boule de verre, recouverte ensuite par la conjonctive suturée. Cette opération donnerait une meilleure apparence que l'éviscération simple et donnerait des mouvements plus étendus.

La *Jequirity* a passé sans trop d'inconvénient la période de réaction; malgré tout le mal qu'on en a dit, on continue à l'employer, et ceux qui n'ont pas cru tout d'abord à son action curative dans la conjonctivite granuleuse ont dû reconnaître leur erreur. Nous n'avons pas cessé de faire usage de ce médicament depuis 1882, et les succès qu'il nous donne, sans être constants,

sont assez manifestes pour que nous lui assignions une première place parmi les traitements de la conjonctivite granuleuse.

Il nous fait plaisir de constater que le mode d'application du jequirity que nous avons conseillé dans un mémoire publié dans l'UNION MÉDICALE de 1882, paraît se généraliser.

Les raisons que nous donnions alors pour faire adopter les applications de poudre fine sur la conjonctive au lieu des macérations, c'était le dosage plus facile de l'effet à obtenir, la constance dans l'effet du médicament, la rapidité de son application ; en effet, une seule application de la poudre suffit pour déterminer la conjonctivite jéquiritique depuis la forme la plus légère jusqu'à la plus grave. Il suffit pour augmenter l'effet que l'on veut obtenir d'irriter les granulations à l'aide d'un pinceau un peu rude et de laisser la poudre en contact avec la muqueuse plus ou moins longtemps. Mais dans aucun cas nous ne laissons la poudre dans les culs de sacs conjonctivaux, comme la chose se pratique aux E. Unis. Le jequirity est assez irritant par lui-même sans qu'il soit besoin d'augmenter son effet par l'action mécanique de la poudre laissée en place pendant un temps indéterminé. Nous laissons la poudre en contact avec la surface granuleuse pendant une minute ou deux seulement, et à l'aide d'un pinceau rude nous déplaçons et humectons cette poudre que nous enlevons ensuite complètement après un temps plus ou moins long selon l'effet à obtenir. S'il reste quelques grains non enlevés, nous en sommes avertis immédiatement par le patient qui accuse des douleurs cornéennes plus ou moins fortes. Si quelques parcelles de jequirity suffisent pour irriter la cornée à ce point, que doit-on penser de l'effet causé sur cette même cornée par une quantité plus considérable. Les abcès et les ulcères cornéens doivent en être le résultat, et la guérison des granulations ne s'en opère pas mieux. L'application de la poudre de jequirity n'est donc recommandable qu'en autant qu'on ne l'abandonne pas dans les culs de sacs conjonctivaux. Employé de cette manière, le jequirity offre un avantage manifeste sur les autres modes d'application. Les macérations ne sont pas toujours prêtes ; il a été prouvé que l'âge de ces solutions influe sur leur effet, de même que leur degré de concentration et leur mode de préparation à l'eau bouillante ou froide. Rien de tel avec la poudre, elle est toujours prête, et partant les observations faites d'après ce procédé sont bien plus uniformes et offrent plus de valeur.

Enfin le fait de compléter le traitement en une seule séance et d'enlever au patient le danger de se lotionner lui-même et de dépasser le but, constitue un avantage tellement marqué sur l'autre mode d'application, que nous nous étonnons de ne pas le voir adopter plus généralement.

## REVUE TRIMESTRIELLE

DE

## THERAPEUTIQUE ET DE MATIERE MEDICALE

PAR H. E. DESROSIERS, M. D.,

professeur à l'Université Laval, Montréal, médecin de l'hôpital Notre-Dame.

---

*Les propriétés hémostatiques de la cocaïne—Traitement de la phthisie pulmonaire par l'acide fluorhydrique—Le chloroforme et son administration.—Le strophantus hispidus—L'hydrate d'amylène comme hypnotique—La rage tanacétique et le traitement de la rage par l'essence de tanaïsie.—La pilocarpine comme galactagogue—Du naphthol comme antiseptique—Le sulfate de sparténine dans les maladies du cœur.—La sténocarpine.—Les inhalations d'acide sulfureux.—Les petites doses.*

---

*Les propriétés hémostatiques de la cocaïne.*—Dans une communication à la Société clinique de Paris, M. le Dr ALBERT RUAULT attire de nouveau l'attention sur le fait que la cocaïne n'est pas seulement un anesthésique local, qu'elle est aussi un vaso-constricteur local, comme on peut s'en convaincre en badigeonnant une muqueuse, celle des fosses nasales, par exemple, avec une solution de chlorhydrate de cocaïne; on obtient une diminution notable du volume de la muqueuse, laquelle diminution est due à la déplétion rapide du tissu érectile sous-muqueux. De ces faits, BOSWORTH, CRESWELL-BABER, HAYNES et autres ont été amenés à faire usage de l'alkaloïde de la cocaïne contre les hémorrhagies des muqueuses visibles, entre autres celles de la muqueuse nasale. Ainsi dans un cas d'épistaxis à répétition survenant chez un typhique, l'hémorrhagie a pu être arrêtée au moyen de pulvérisations intra-nasales d'une solution de cocaïne à 2 p. 100 (1). M. RUAULT reconnaît cependant, avec HEYMANN, que l'action de la cocaïne est d'autant plus durable, que les solutions employées sont plus concentrées, les solutions à 20 ou 30 p. 100 étant les plus convenables. En outre, il a paru nécessaire à M. RUAULT, pour arrêter les hémorrhagies un peu importantes, de ne pas s'en tenir à un simple badigeonnage, mais d'en imbiber une légère couche d'ouate qui, enroulée autour d'un tampon sec, est introduite dans la narine et laissée en place pendant un temps variable suivant les cas, mais jamais moins de cinq minutes. L'effet est immédiat;

---

(1) HAYNES, in *Therapeutic Gazette*, juillet 1887.

l'écoulement sanguin diminue de plus en plus, et s'arrête au bout de deux à trois minutes au plus.

Dans les épistaxis spontanées, l'auteur conseille de laisser le tampon en place pendant deux à trois heures, et de le retirer ensuite avec précaution, pour éviter de froisser la muqueuse.

Quand enfin il s'agit d'opérer dans l'intérieur des cavités nasales, les badigeonnages préalables de cocaïne ne suffisent pas à empêcher l'hémorrhagie de se faire. Il faut, après l'opération, appliquer la cocaïne sur la surface saignante.

*Traitement de la phthisie pulmonaire par l'acide fluorhydrique.*— Encore un antiseptique à ajouter à la liste déjà suffisamment longue des médicaments destinés à détruire sur place le bacille de la tuberculose. Deux mémoires sur l'action de cet acide dans le traitement de la phthisie pulmonaire ayant été présentés à l'Académie de médecine de Paris, celle-ci les a fait examiner par une commission composée de MM. HÉRARD (rapporteur) PROUST et FÉNEL, et dont les conclusions ont été favorables à la nouvelle médication. Voici les points les plus saillants du rapport de la commission :

Il est certain que l'acide fluorhydrique étendu d'eau est parfaitement supporté par tous les ouvriers qui le manient dans les cristalleries. C'est un antiseptique puissant, le plus puissant peut être, et M. HAYEM le range dans les substances *extrêmement antiseptiques*, à côté du bi-iodure de mercure. L'acide fluorhydrique a une puissance antibacillaire considérable, et, étant donné la nature parasitaire de la tuberculose, on comprend, dès lors, son influence favorable sur cette maladie. On l'emploie surtout en inhalations. Un des premiers effets de la médication est le retour de l'appétit, qui se soutient, qui, parfois même, est considérable. En même temps, les vomissements cessent s'ils existaient, de même que les sueurs nocturnes, en général. La fièvre se modère ainsi que la dyspnée ; la toux devient moins tenace, moins continue, moins quinteuse. L'expectoration diminue, et, de jaune verdâtre, opaque, devient insensiblement blanchâtre, aérée, mousseuse. Les bacilles diminuent dans les crachats et disparaissent même parfois complètement. La diminution dans le nombre des bacilles marche le plus souvent parallèlement avec l'amélioration dans l'état du malade. L'acide fluorhydrique n'a pas une action bien marquée lorsque les lésions sont avancées, aussi, est-ce au début qu'il faut l'employer. La statistique de M. GARCIN donne les résultats suivants : sur 100 phthisiques, on a constaté 35 guérisons, 41 améliorations, 14 stationnaires et 10 morts. Les guérisons et les améliorations portent presque exclusivement sur des malades au premier et au deuxième degré. Les inhalations d'acide fluorhydrique sont exemptes d'inconvénients, d'une application facile et, d'ailleurs, peuvent être combi-

nées avec les médications interne ou externe et surtout avec le traitement hygiénique, base essentielle de toute bonne thérapeutique.

*Le chloroforme et son administration.* — M. le docteur PAUL-BOXCOUR étudia cette question dans la *France médicale*, (1887, Nos 142, 143, 144), et, après avoir établi le fait que, malgré les nombreuses et longues discussions faites à ce sujet au sein des sociétés savantes, aucune méthode pratique n'a été adoptée à l'unanimité, préconise un mode particulier d'administration qui, suivant lui, donne les meilleurs résultats possibles. Ce mode consiste à donner le chloroforme à très petites doses, sans interruption. "On verse sur le mouchoir ou la compresse, dit M. l'PAUL-BOXCOUR, 4 à 5 gouttes de chloroforme, et on commence l'anesthésie... Dès que ces 4 ou 5 gouttes sont évaporées ou absorbées, ce dont on s'aperçoit facilement à la moindre répugnance du patient et à l'absence d'odeur, on en verse de nouvelles sur la face externe du mouchoir que l'on retourne immédiatement. Etant donné que nous n'employons que de très petites doses de chloroforme, il est très important qu'il n'y ait pas d'interruption entre ces doses. C'est l'opposé de la méthode du professeur Gosselin, qui établissait des intermittences calculées régulièrement. En versant chaque fois sur le mouchoir 4, 5, 6, 7 gouttes de chloroforme, nous arrivons généralement à l'anesthésie complète en l'espace d'un quart d'heure ou de vingt minutes.

"L'objection qui peut être faite à cette méthode des petites doses, c'est la longueur du temps employé; mais, outre que la perte de temps est nulle, si l'anesthésie est pratiquée pendant que le chirurgien surveille la disposition de ses instruments ou la préparation de ses pansements, il y a des avantages très grands qui compensent et au-delà cette prétendue perte de temps.

"Tout le temps que dure l'opération, il ne faut pas cesser de maintenir l'anesthésie au même degré en continuant à verser quelques gouttes de chloroforme à mesure que celui-ci s'évapore. Le grand avantage précisément de cette méthode, c'est de pouvoir entretenir sans danger une anesthésie parfaite sans interruption et pendant un temps très long. Il est bien entendu que la sécurité que nous donne cette légère consommation de chloroforme ne nous dispense point d'une surveillance active du malade."

Parmi les avantages de sa méthode, l'auteur signale les suivants: La première période (période d'accommodation) se passe le plus souvent très simplement. La période d'excitation est atténuée et quelquefois nulle. Le malade, qui n'est point suffoqué par une grande quantité de vapeurs de chloroforme, ne lutte p..... Le sommeil parfait arrive au bout d'un quart d'heure ou de vingt minutes, et peut être prolongé pendant des heures et

tières. L'absorption de chloroforme ayant été minime, l'élimination s'en fait rapidement. Les vomissements sont extrêmement rares quand on s'est servi de chloroforme pur.

“ Par ce procédé, conclut enfin M. PAUL-BONCOUR, on peut dire qu'il n'y a pas de cas dans lesquels on ne puisse donner le chloroforme.”

L'expérience étant la pierre de touche de toute thérapeutique, nous nous proposons de mettre à l'épreuve, sans délai, la méthode que préconise M. PAUL-BONCOUR, afin de pouvoir en rendre bon compte à nos lecteurs.

*Le strophantus hispidus.*—On continue à s'occuper passablement de ce succédané de la digitale, introduit dans la thérapeutique courante, comme on le sait sans doute, par FRASER, d'Edimbourg. Le strophantus présente sur la digitale un quadruple avantage dit M. RICKLIN (*Gazette médicale de Paris*, 1887 No. 42) : il agit avec une rapidité beaucoup plus grande et d'une façon plus durable ; il n'expose pas aux accidents que l'on impute à une accumulation de principe actif dans l'organisme ; son administration prolongée n'occasionne que très rarement des troubles gastro-intestinaux ; enfin, il n'agit pas sur les vaisseaux pour en produire la contraction.

Les doses recommandées par FRASER sont de 5, 15, 30 et 40 gouttes de la teinture, par jour, réparties entre deux ou quatre prises.

*L'hydrate d'amylène comme hypnotique.*—L'hydrate d'amylène est un alcool tertiaire. C'est un liquide incolore, mobile, se dissolvant dans 8 parties d'eau et en toute proportion dans l'alcool ; odeur éthérée particulière ; saveur camphrée. Les expériences de MÉRING, faites sur les animaux, ont établi que, à doses moyennes, l'hydrate d'amylène porte son action surtout sur le cerveau, à hautes doses sur la moëlle et le bulbe ; les réflexes disparaissent, la respiration puis le cœur s'arrêtent.

Chez l'homme, le médicament, donné pour combattre l'insomnie, a produit au bout de une demi-heure un sommeil calme de 6 à 12 heures de durée, et cela, à dose de 45 à 75 grains. Quand l'insomnie est provoquée par des névralgies, l'hydrate d'amylène doit être combiné avec la morphine, car le premier ne réussit pas toujours dans ce cas. On n'observe aucun effet fâcheux après l'usage du médicament, ni vomissement, ni trouble digestif. L'hydrate d'amylène est préférable au chloral, en raison de son innocuité sur le cœur et son peu d'action sur la respiration. Il ne provoque aucun phénomène congestif au réveil. On l'administre en pilules, capsules ou lavement.

*La rage tanacétique et le traitement de la rage par l'essence de tanaïsie.*—Il résulte des expériences de M. PEYRAUD (note com-



muniquée à l'*Académie des sciences* par M. BROWN-SÉQUARD) que les injections sous-cutanées d'essence de tanaisie (*tanacetum vulgare*) produisent, chez les animaux, des accidents en tout semblables à ceux de la rage : respiration spasmodique, convulsions, action de mordre, coma, etc. L'injection de 3 à 4 gouttes suffit à provoquer ces accès qui, à cette dose, se terminent par la guérison. M. PEYRAUD propose de donner à l'ensemble de ces symptômes le nom de *rage tanacétique, rage artificielle, simili-rage*.

Ceci posé, on se demande si les injections d'essence de tanaisie ne pourraient pas être utilisées pour combattre la rage animale, soit qu'on les emploie immédiatement après morsure, *i. e.* avant le développement des accidents rabiques, soit qu'on les fasse après que les symptômes ont commencé à se manifester. Il y a là tout un vaste champ d'étude ouvert aux observateurs, et nous attendons avec curiosité sinon avec anxiété le résultat des recherches que l'on est à faire sur ce point.

*La pilocarpine comme galactagogue.* — Plusieurs cas d'agalaxie traités avec succès par la pilocarpine ont été récemment rapportés dans la presse médicale. Les propriétés galactagogues de l'alcaloïde du jaborandi sont plus durables, plus permanentes que ses propriétés sudorifiques et sialagogues, et, une fois rétablie, la sécrétion du lait continue à se maintenir durant des semaines ou des mois sans qu'il soit besoin de donner des doses soutenues. Ainsi la femme prend  $\frac{1}{3}$  grain de muriate de pilocarpine le soir, au coucher. Si cette dose n'a produit ni diaphorèse ni sialorrhée, une dose plus élevée est administrée le lendemain soir, et ainsi de suite jusqu'à ce que les effets physiologiques ordinaires du remède se soient produits, alors que l'on voit la sécrétion du lait s'établir d'une manière quasi-permanente. Il n'est plus alors besoin que de donner une dose de temps à autre quand la sécrétion menace de devenir moins abondante.

*Du naphtol comme antiseptique.* — M. le professeur BOUCHARD (1), continuant ses belles recherches sur l'antisepsie, dit avoir trouvé dans le naphtol un agent qui, pour certains objets, mérite d'être préféré à tous les antiseptiques actuellement connus. Ce qui lui vaut cette supériorité, dit-il, c'est sa très faible solubilité, avantage considérable quand il s'agit d'introduire l'antiseptique dans l'épaisseur d'un tissu, dans des cavités difficilement accessibles, v.g. les séreuses, et surtout la muqueuse intestinale. "Seul, ajoute M. BOUCHARD, un antiseptique insoluble, soustrait à l'absorption par son insolubilité, restera partout présent dans toute la longueur du tube digestif et pourra être administré à dose suffisante pour rendre impossible toute fermentation, sans qu'on

[1] Communication à l'*Académie des Sciences*, 24 octobre 1887.

ait à redouter son action générale sur l'économie dans laquelle son insolubilité l'empêche de pénétrer."

Le naphtol est l'un des médicaments les plus insolubles, attendu qu'il ne se dissout dans l'eau qu'à la dose de 0.2 pour 1000. Il est antiseptique dans toute la force du terme, et M. BOUCHARD fixe à 0.40 pour 1.000 la dose à laquelle le naphtol exerce d'une manière évidente son action antiseptique sur un microbe déterminé: le bacille pyocyanogène, et si, d'un côté, le naphtol est seize fois moins antiseptique que le biiodure de mercure, il l'est cinq fois plus que l'acide phénique et trois fois plus que la créosote.

On a objecté à l'emploi du naphtol le fait de sa toxicité. Or, on a pu établir que la dose de naphtol capable d'être toxique pour un homme de 15 kilogrammes, serait voisine de 250 grammes. Or 2 grammes de naphtol par jour suffisent pour réaliser l'antisepsie intestinale. Ces 2 grammes ne sont que partiellement dissous dans le tube digestif, et même si la totalité de cette dose était dissoute et absorbée, le sang ne recevrait encore que la dixième partie de ce qui est nécessaire pour produire l'empoisonnement.

*Le sulfate de spartéine dans les maladies du cœur.*—Le sulfate de spartéine continue à donner de bons résultats, comme tonique cardiaque, dans les cas de maladie organique du cœur. Il résulte des travaux récents de PRIOR, que la spartéine convient aux formes les plus diverses des affections du cœur, mais principalement aux cas de lésions valvulaires avec rupture de la compensation. L'action du médicament devient appréciable déjà deux à trois heures après son administration; elle cesse en général au bout de plusieurs heures, parfois même au bout de trois jours seulement. La spartéine augmente la diurèse en même temps qu'elle régularise l'activité du cœur. La fréquence du pouls diminue à mesure que l'action du cœur devient plus régulière. Une action cumulative de la spartéine n'est pas à craindre.

*La sténocarpine.*—On a beaucoup, dans ces derniers temps, parlé d'un nouvel alcaloïde, la sténocarpine ou gléditschine, à laquelle on attribuait des propriétés analgésiques locales bien supérieures à celles de la cocaïne. Nous en avons rendu compte dans une précédente revue. Or, il pourrait bien se faire que tout cela fut un leur, si l'on en croit M.M. PARKE, DAVIS & CIE. Ces messieurs prétendent que la soi-disant sténocarpine n'est qu'un mélange de cocaïne et d'atropine, et que les parrains du faux alcaloïde ont sciemment trompé le public médical au profit d'une maison de commerce. Une enquête est commencée et la décision des experts est encore à venir. En attendant, soyons sur nos gardes.

*Les inhalations d'acide sulfureux.*—Nous avons parlé plus haut

des bons effets obtenus dans la phthisie pulmonaire par les inhalations d'acide fluorhydrique. A son tour, l'acide sulfureux est conseillé (communication du Dr. SOLLAND à l'Académie de médecine de Paris), en inhalations aussi, dans le traitement des affections catarrhales des voies respiratoires, et surtout de la phthisie. Maintenant que la méthode de Bergeon (injections rectales d'hydrogène sulfuré) est décidément en désaveur, on cherche à sauver tout ce que l'on peut de ce naufrage scientifique, et l'on fait tout simplement volte-face, en remplaçant les injections rectales par les inhalations pulmonaires. Ces dernières ont pour but de modifier la surface de la muqueuse bronchique, de faire cesser la suppuration, et surtout, de détruire le bacille tuberculeux. Pour ce faire, deux procédés sont en présence: brûler de 2 à 5 grammes de soufre par mètre cube, dans une chambre bien close, à condition de n'y faire entrer les malades que 10 heures après, ou décomposer le bisulfite de soude par l'acide sulfurique. Dans les deux cas, les malades demeurent de 3 à 6 heures par jour dans l'atmosphère sulfureuse. Sous l'influence de ce traitement, dit le docteur LEY (*Nouveaux Remèdes*), les sécrétions bronchiques se modifient favorablement, l'appétit et le sommeil reviennent et après deux ou trois semaines, on constate une amélioration générale.

*Les petites doses.*—Les tendances actuelles de la thérapeutique sont généralement favorables à l'administration de doses fractionnées, ou du moins, de doses beaucoup plus petites que celles prescrites il y a vingt ou trente ans. RINGER, en Angleterre, et BARTHOLOW, aux Etats-Unis, ont puissamment contribué à propager ces tendances que leurs disciples ont parfois tenté d'ériger en système. Si, d'un côté, il est bon de réagir, dans une juste mesure, contre les abus de dosage d'autrefois, d'autre part, il ne serait pas sage de tomber dans l'excès contraire, sous peine de verser dans l'homéopathie, ou dans la dosimétrie, ce qui revient à peu près à la même chose. Au moins faut-il rester dans la limite des doses appréciables.

Il n'est pas douteux que l'on peut obtenir, des médicaments donnés à petites doses, des effets étonnants, et qui diffèrent parfois de ceux produits par des doses moyennes ou élevées. Tous ceux qui ont écrit sur la question ont cité de remarquables exemples à l'appui. Nous en trouvons quelques-unes dans un travail du docteur JOHN AULDE, de Philadelphie, communiqué au *Medical and Surgical Reporter* et nous nous permettons d'en détacher les faits suivants:

Dans les cas de tonsillite aiguë, de catarrhe bronchique aigu, de congestion pulmonaire menaçante, de céphalalgie congestive, on obtient des résultats immédiatement favorables en donnant  $\frac{1}{2}$  ou 1 goutte de teinture d'aconit, toutes les heures ou toutes les demi-heures pendant quelques heures.

L'atropine, à dose de  $\frac{1}{200}$  gr. pris le soir, au coucher, est très efficace dans les cas d'incontinence d'urine chez les enfants.

De petites doses de noix vomique : 1 goutte de la teinture ou  $\frac{1}{10}$  gr. de l'extrait, sont très souvent aussi utiles au point de vue tonique que de fortes doses.

Il est douteux qu'aucun remède puisse donner de meilleurs résultats dans le traitement interne des furoncles que le sulfure de calcium à dose de  $\frac{1}{10}$  gr. toutes les deux heures.

Une demi-goutte de teinture de chanvre indien, répétée toutes les cinq minutes, procure un soulagement marqué dans nombre de cas de dysménorrhée congestive et de migraine.

La diaphorèse peut être provoquée par l'administration, à de courts intervalles, d' $\frac{1}{2}$  goutte d'extrait de jaborandi.

---

## COMMUNICATIONS.

---

### Les sages-femmes.

---

*Monsieur le Rédacteur-en-Chef,*

Serriez-vous assez bon de me laisser savoir s'il existe pour un médecin de campagne quelque moyen de se débarrasser des sages-femmes. J'ai dans ma paroisse cinq à six de ces femmes, et il est inutile d'ajouter que vû qu'elles ne chargent qu'un prix infime, ma présence n'est demandée que dans des cas difficiles. Je me suis plaint à diverses reprises à l'agent du Collège des Médecins et Chirurgiens, M. de Lamirande, je lui ai dit que je me faisais fort de prouver que ces bonnes amies ne travaillaient pas par philanthropie, mais qu'elles étaient bel et bien payées en espèces sonnantes, que toutes étaient d'une ignorance crasse et qu'aucune ne possédait de licence pour pratiquer les accouchements. A ces plaintes justement fondées, il me répondit que le Collège ne pouvait rien faire, qu'on ne pouvait faire exécuter un jugement contre une femme à moins qu'elle ne possédât des biens en son nom propre, que je devais m'armer de résignation et employer toute mon influence politique à favoriser l'adoption du *bill médical*, etc. Cette réponse m'a paru étrange, car n'existe-t-il pas une clause dans le *bill médical* disant que toute personne pratiquant la médecine ou les accouchements pour une récompense quelconque, à salaire, etc., est passible d'une amende sur conviction, et, à défaut d'amende, de l'emprisonnement ?

Si le Collège ne peut protéger ses membres pratiquant à la campagne, et qu'il réserve toutes ses faveurs à ceux qui pratiquent dans les grands centres (car il est de fait que vous n'avez pas de

sage-femmes à Montréal), pourquoi nous forcer de payer \$2.00 par année pour supporter le dit Bureau ? Pourquoi nous menacer des foudres de la loi, si, dans notre indignation, nous, médecins de campagne qui sommes grandement lésés dans nos intérêts par ces femmes, refusons de nous laisser saigner par le Bureau.

Je vous serais excessivement obligé, mon cher rédacteur, si, par la voie de votre journal ou par correspondance privée, vous voulez bien répondre à la présente.

Croyez moi,

Votre lecteur tout dévoué,

DR. C.

St. — —, 16 janvier 1888.

---

### A l'œuvre !

---

*Messieurs les rédacteurs,*

Votre appel pressant aux collaborateurs m'a fait secouer mon apathie, ma paresse (je ne vous ai rien donné depuis deux années), et je vous envoie un maigre travail, vous promettant de faire mieux à l'avenir.

Puisse mon exemple être suivi par un grand nombre de vos lecteurs. En effet, il n'est que trop raisonnable que ceux qui sont les témoins journaliers de vos travaux incessants et ardues vous donnent un coup d'épaule de temps à autre. Peut-être s'en trouve-t-il parmi vos lecteurs qui sont sous l'impression que vos peines, vos labeurs sont grassement rémunérés ; qu'ils se détrompent ceux-là, et qu'ils me permettent de leur dire (et mon témoignage ne peut être suspect) que vous n'avez travaillé jusqu'à aujourd'hui que *pour la gloire*, comme on dit ordinairement.

C'est nous, lecteurs, qui bénéficions de votre journal, nous qui, douze fois par année, recevons soixante pages de matières choisies avec tact et discernement, et qui n'avons qu'à *absorber* ces mets si laborieusement apprêtés.

Laissez moi vous dire, MM. les rédacteurs, (moi qui ai été un des fondateurs de ce journal), combien je le trouve beau et grand avec ces dix-sept années d'existence, et cela grâce à l'habileté et au dévouement de tous ses rédacteurs passés et présents. Les premiers, il est vrai, lui ont donné le jour, mais ceux d'aujourd'hui ont eu le mérite non moins grand de donner à leur enfant les besoins toujours croissants qu'exigeait son âge.

A l'œuvre donc vous tous qui pouvez pousser à la roue ; ne soyez pas apathiques et ayez confiance en vous-mêmes. Que de sujets vous pouvez traiter convenablement, avec un peu d'étude et de travail. C'est dans un journal de médecine que doivent être

exposés les résultats de votre expérience, les maladies particulières à certaines classes de la population ou à certaines localités, les besoins de la profession, etc. Que de sujets intéressants se présentent!

En retour de vos bons souhaits du nouvel an, laissez-moi, Messieurs les rédacteurs, vous souhaiter que tous vos lecteurs répondent à votre double appel : à celui de l'administration de même qu'à celui du rédacteur-en-chef.

A. T. BROUSSEAU.

Montréal, 27 janvier 1888.

**Etiologie et traitement de la scoliose.**—On sait que chaque écolier s'habitue à prendre, pendant les exercices d'écriture, une certaine attitude et que, chez la plupart des enfants, cette attitude comporte une inclinaison de la partie supérieure du tronc vers la gauche. D'autres, en nombre moins considérable, se tiennent droits, mais en opérant une rotation de la partie supérieure du tronc vers la gauche; enfin, chez une troisième catégorie, la colonne vertébrale se courbe en cyphose, en même temps que les coudes sont tenus écartés du tronc.

Toutes ces attitudes engendrent des déformations spéciales : Chez les enfants de la première catégorie, la colonne vertébrale s'incurve en forme de C; en forme d'un S avec épaule droite relevée, chez les enfants de la seconde catégorie; la scoliose est le résultat de la troisième attitude.

Pour remédier à ces déformations, il faut avoir un mobilier scolaire spécial qui permette aux enfants de se tenir le buste droit en écrivant, et si la scoliose est faite, on peut y remédier soit avec les corsets, soit avec la bande élastique de Fisher.

Le bandage se compose en deux parties: l'une représente une bretelle en cuir qui s'applique par sa partie la plus large sur le dos, entre les épines vertébrales et le bord interne de l'omoplate, contourne la partie interne de l'épaule (droite), en s'amincissant pour se terminer par une extrémité cylindrique; l'autre consiste dans une courroie élastique qui se relie par ses deux extrémités aux extrémités de la bretelle de cuir, en contournant le creux axillaire (gauche). Quand ce bandage est en place, l'attitude vicieuse de la colonne vertébrale et du bassin se trouve corrigée. Il est très bien supporté, même la nuit; d'ailleurs, M. Fisher n'en a jusqu'ici imposé l'usage à ses malades que pendant le jour. Les résultats heureux du traitement ne se manifestent guère qu'au bout de quelques semaines; deux sujets ont été complètement redressés en l'espace de six semaines.—*Paris médical.*

## REVUE DES JOURNAUX.

## MEDECINE.

**Sur deux cas d'érysipèle de la face.**—Clinique de M. le professeur Jaccoud.—Nous avons eu, depuis que nous avons ouvert ces leçons cliniques, deux cas d'érysipèle de la face qu'il me paraît utile d'étudier pour votre instruction.

Le premier concerne un homme de 40 ans, cordonnier, qui est entré dans le service le 2 novembre, et sorti guéri le 10 novembre. Il est entré à l'hôpital le deuxième jour de sa maladie.

Le second cas concerne un homme de 39 ans, maçon, entré dans le service le 16 novembre, qui s'y trouve encore, et qui nous est arrivé au cinquième jour de sa maladie.

Nous désignerons, pour faciliter la comparaison, comme premier malade le plus ancien, et, comme second, celui qui est encore dans le service.

Chez tous deux, l'érysipèle a été régulier. Chez le premier, il n'y a pas eu, à vraiment dire, d'état général; le deuxième a eu quelques frissons, de l'état gastrique, du malaise. Donc l'affection s'est montrée différente chez les deux malades.

Aucun d'eux n'a eu de vomissements. Notez ce fait. On croit trop aisément que le vomissement est un symptôme initial de l'érysipèle. L'absence de vomissements, voilà la règle.

Ni l'un ni l'autre n'ont présenté de tuméfaction ganglionnaire, ni au cou, ni sous la mâchoire. On a beaucoup exagéré, à une certaine époque, l'importance et la fréquence de la tuméfaction ganglionnaire. On l'a présentée comme constante, et je suis obligé de nier l'exactitude de ce fait.

Sous l'autorité de Chomel, on a dit que la tuméfaction ganglionnaire était un phénomène précurseur de l'érysipèle; que cela soit dans certains cas, je ne le nie pas, mais on ne saurait en faire une règle.

Le gonflement ganglionnaire n'est pas constant, et quand il existe, il n'est pas assez précoce pour être un symptôme révélateur.

Chez nos malades, l'exanthème s'est développé vingt-quatre heures après les premiers symptômes. C'est la moyenne.

Chez le premier, il n'a point envahi le cuir chevelu; chez le second, toute la moitié antérieure du cuir chevelu a été prise, sans symptôme cérébral. Chez le premier, à aucun moment,

nous n'avons observé d'altération des urines, pas d'albumine; chez le second, venu au cinquième jour, nous avons trouvé, dès son entrée, une certaine quantité d'albumine, qui a persisté jusqu'au huitième jour. Puis elle a disparu et depuis samedi il n'y en a plus de trace.

Chez tous les deux, la fièvre a été normale. Chez le premier, elle a été toujours au-dessus de 39° le soir, avec rémission de 1° le matin; chez le second, elle a oscillé entre 38 et 39°, avec rémission d'un demi-degré le matin.

Chez le premier, la défervescence a été brusque, accompagnée de diurèse, de diarrhée, de sueurs. Cette réunion de phénomènes critiques est rare. Cette défervescence a eu lieu du cinquième au sixième jour.

Chez le second, même défervescence brusque du septième au huitième jour. Il n'y a eu, chez lui, que de la diurèse. Chez les deux, la convalescence s'est établie rapidement.

Voilà deux cas types d'érysipèle facial simple, sans complications, dont la durée a été de six à huit jours.

Quand les choses se passent ainsi, on a peine à voir dans cette maladie une maladie infectieuse, et facile de diffusions multiples, et même de déterminer la mort. Mais, même dans ces cas ultra simples, on trouve un indice du caractère infectieux, qui est pour moi positif, c'est le mode de défervescence.

Voyez les maladies qui ont aussi une brusque défervescence; elles sont toutes infectieuses.

Ce mode suppose nécessairement l'inertie subite de la cause qui a produit la fièvre et de pareilles conditions ne peuvent être réalisées que par des agents d'infection,

Ce qui reste à établir, c'est si la défervescence brusque est la règle. On peut dire: oui, s'il n'y a pas de complications.

Quand l'érysipèle procède par poussées, chaque poussée présente une défervescence brusque.

Cela ne veut pas dire qu'on ne peut observer la défervescence graduelle, mais on ne la rencontre que dans l'érysipèle grave, compliqué.

Mais, si dans ces cas simples, le mode de défervescence est une preuve du caractère infectieux de la maladie, l'examen des cas plus complexes conduit à la même conclusion: il y a multiplicité des accidents infectieux comme dans les fièvres infectieuses.

Je n'entends pas par complications, accidents à distance, l'extension de l'érysipèle, qui n'est qu'un fait local.

D'après la fréquence de ces accidents, à commencer par les plus fréquents, je dois vous signaler les accidents cardiaques que j'ai fait connaître avant 1870.

Ils se montrent au deuxième ou troisième jour; ils sont possibles au début de l'exanthème, possibles au moment de sa résolution; on peut encore les rencontrer avant l'apparition de l'exanthème.



L'accident cardiaque le plus fréquent est l'endocardite mitrale, normalement caractérisée par un souffle systolique à la pointe.

Une enquête minutieuse est nécessaire pour montrer que cette endocardite est bien la conséquence de l'érysipèle et non d'une maladie antérieure ; la constatation est facile si on voit le malade dès le premier jour.

Cette endocardite peut être associée à quelques plaques de péri-cardite sèche ; mais le fait est rare, et plus rare encore est la péri-cardite isolée. Un autre accident, aussi très rare, est la coexistence de la myocardite avec l'endocardite.

Cette endocardite guérit 90 fois sur 100 ; le souffle finit par s'éteindre. Quand il n'en est pas ainsi, elle peut devenir une lésion mitrale définitive. Enfin, elle peut contribuer à la mort dans le cours de l'érysipèle.

Je dis : elle peut contribuer. En effet, je n'ai pas vu de cas de mort par endocardite seule, mais j'en ai vu par endocardite associée à la néphrite.

Voilà pour le cœur.

A fréquence égale, je dois vous signaler les complications sur les reins. Mais, avant tout, je veux m'élever contre une exagération qui existe depuis quelques années.

Il y a plus de trente ans que l'on sait que l'albumine se rencontre dans l'érysipèle ; j'ai signalé ce fait dans ma thèse inaugurale, qui date de vingt-sept ans. Dans ces dernières années, un médecin américain, Dacosta, a dit que sa présence était constante et d'autres observateurs l'ont répété après lui.

C'est faux ; l'albumine n'est pas constante, mais elle est fréquente. Chez nos deux malades, le premier n'en a pas eu, et il a été suivi dès le premier jour.

Une autre erreur existe aussi depuis. On a été longtemps à ignorer les rapports de l'albumine avec la néphrite. C'est Erichsen qui, le premier, je crois, a signalé ce fait ; puis sont venus, outre les travaux d'autres observateurs étrangers, ceux de Bouchard, Cornil, la thèse de l'un des élèves de Bouchard, et on a fait la même erreur que pour la présence de l'albumine, on a dit : l'albuminurie est, dans tous les cas, liée à une néphrite.

C'est une erreur. On y est arrivé en constatant des lésions des reins chez tous les érysipélateux qui meurent avec de l'albuminurie, et on a conclu à l'existence du même processus chez les malades qui ne mouraient pas, en admettant que les lésions étaient plus légères.

On s'est appuyé sur les éléments trouvés dans les urines : globules blancs et rouges, cylindres épithéliaux, microbes.

On peut en effet les y trouver, mais non pas dans tous les cas. Donc le raisonnement est faux.

Voyez nos malades : l'un n'a pas eu d'albumine ; l'autre en a eu, et M. Berlioz, très compétent en la matière, n'a trouvé que des cylindres, mais pas de globules, ni de microbes.

Et, cette soi-disante néphrite diffuse aurait donc disparue en trois jours ?

Donc, l'albuminurie n'est pas constante, et, quand elle existe, elle n'est pas toujours liée à une néphrite.

L'albuminurie se présente sous deux formes :

Dans une première forme, elle existe seule et peut s'expliquer par la suppression des fonctions de la peau (cependant cette explication a été contestée) et par la haute température. C'est une albuminurie simple.

En second lieu, il y a l'albuminurie avec les éléments signalés plus haut. Quand on les trouve dans les urines, on peut dire que leur élimination par le rein peut être cause d'irritation ; mais quand on voit cette irritation rapidement disparaître, on ne peut songer à une néphrite diffuse.

Seulement, la situation du malade est plus grave ; cet état peut persister, et il peut en résulter une néphrite chronique. Mais je crois que l'on ne peut pas appliquer cela aux cas légers, et je garde à ce symptôme la qualification de *catarrhe par élimination* que je lui ai donnée.

Je veux maintenant vous signaler un autre groupe, moins connu ; c'est celui des accidents intestinaux. Ils présentent deux variétés : dans l'une, ce sont les symptômes de l'entérite catarrhale simple, qui n'agissent pas sur l'état général et ne modifient pas le pronostic.

Dans la seconde forme, on voit apparaître des vomissements bilieux répétés avant l'exanthème, des douleurs épigastriques spontanées ou à la pression, des évacuations dysentériques avec ténésme. Il s'agit d'ulcérations intestinales, et ce n'est pas le duodénum seul, comme on l'a dit, mais aussi les parties les plus élevées de l'intestin grêle, qui sont prises.

Ces ulcérations sont peu profondes, n'intéressent que la muqueuse, à bords tranchants, peu nombreuses (une ou deux ; quatre à cinq au plus), leur diamètre à 1 centimètre au plus.

Une autre altération intestinale. Il y a bien des années, on a signalé l'infiltration des plaques de Peyer et des glandes isolées de la même région. C'est là une preuve du caractère infectieux ; mais je ne puis vous donner de tableau clinique correspondant à ce fait anatomique.

Il y a encore bien d'autres complications de l'érysipèle ; nous les étudierons dans nos prochaines leçons cliniques, ainsi que le microbe spécial à cette affection.—*Gazette médicale de Paris.*

**La soif dans le cancer de l'estomac.**—MM. V. et P. PARISOT (de Nancy) publient dans la *Revue médicale de l'Est* une observation de cancer du pylore intéressante à plusieurs points de vue, et dans laquelle la soif a offert une prédominance marquée. Les auteurs insistent à peine sur la valeur de ce signe. D'après Val-

leix, elle est ordinairement nulle, si ce n'est chez quelques sujets, à la fin de la maladie, surtout lorsque la fièvre s'allume et qu'il survient une complication d'une affection inflammatoire. D'après Grisolles, la soif est variable; ordinairement elle est peu marquée et même nulle.

M. Damascino dit cependant qu'elle est rarement accrue, excepté vers la fin, alors même que les boissons sont difficilement supportées. MM. Parisot estiment qu'elle peut être, dans le cas d'obstruction pylorique, la cause d'une souffrance atroce, supérieure à celle de la faim. Cette question de la soif, d'ailleurs, est liée à un problème physiologique encore pendant, relatif à l'absorption des liquides par la muqueuse stomacale. Sans citer tous les auteurs, on peut rappeler que M. Beaunis admet cette absorption de l'eau, mais il me semble la considérer comme moins facile par l'estomac que par l'intestin. L'eau, les substances en dissolution dans l'eau, l'alcool, etc., sont absorbées dans toute l'étendue du tube digestif. Seulement la rapidité de l'absorption varie suivant les substances et suivant les régions. L'intestin grêle et le gros intestin paraissent absorber en général plus facilement que l'estomac.

Pour MM. Küss et Duval, l'épithélium de l'estomac s'oppose à l'absorption; il est en effet prouvé, ajoute-t-il, que, malgré ses nombreux vaisseaux sanguins et lymphatiques, l'estomac n'absorbe que peu ou pas.

Au milieu de cette divergence d'opinions, dont on saisit facilement l'importance pratique, l'observation de MM. V. et P. Parisot milite en faveur de la non absorption de l'eau par l'estomac.

Dans cette observation le malade était tourmenté par la soif alors que son estomac était rempli de liquide, et ce besoin si impérieux n'était calmé que par l'injection d'eau dans le rectum. Il ne semble pas possible de trouver un fait, relatif à la physiologie humaine, qui se rapproche davantage, par sa netteté et sa précision, des expériences que l'on est en droit de pratiquer sur les animaux seulement.

Aussi peut-on conclure que dans le cas de rétrécissement complet du pylore, il est inutile, pour ne pas dire désavantageux, de laisser le patient ingérer des liquides qui ne font qu'augmenter la dilatation de l'estomac: les injections d'eau dans le rectum sont seules capables de combattre sûrement ce besoin si impérieux, si torturant, la soif.

En outre, d'après l'observation minutieuse de ce malade, rien n'a indiqué, au point de vue de la nutrition, une influence manifeste des lavements alimentaires, et sans aucun doute les lavements d'eau simple semblent avoir, dans des cas semblables, à eux seuls une plus grande importance en calmant la soif. — *Abeille médicale.*

**Cause et traitement d'une forme spéciale de douleurs dorsales**, signalées par Sir James SAWYER dans le *Lancet*.—Les symptômes subjectifs sont toujours d'une très grande valeur, non seulement au point de vue diagnostique, mais souvent en indiquant une application thérapeutique; les douleurs dorsales ou lombaires sont, entre autres, un symptôme marquant sur lequel les patients insistent généralement beaucoup; or, on a décrit plusieurs variétés de ces douleurs, mais je ne crois pas que l'on ait encore fait mention de celle dont la cause paraît se trouver dans le gros intestin. On entend les malades se plaindre d'une douleur sourde, gravative, qui traverse le dos et qu'ils localisent en passant la main transversalement à mi chemin entre les omoplates et la région rénale. Je crois pouvoir attribuer cette douleur à une accumulation fécale dans le gros intestin (colon), et de fait, le symptôme cède à un cathartique approprié. Cette forme spéciale de douleur accompagne la constipation habituelle et signale la paresse intestinale des personnes sédentaires.

Comme traitement, je trouve que l'aloès, associé au fer, donne les meilleurs résultats.—Cette suggestion importante de combiner l'aloès et le fer est due à Sir Robert Christison, qui fit voir que les propriétés cathartiques de l'aloès sont ainsi accrues.—Je fais prendre tous les soirs une pilule de 1, 2 ou 3 grains d'aloès, (socotrin, de préférence)  $\frac{1}{4}$  de grain de sulfate de fer, et un grain d'extrait de jusquiame. On doit tendre à produire une évacuation alvine après le déjeuner. Si un purgatif salin trouve son indication, je préfère le vieux sel de la Rochelle, 1 ou 2 cuillerées à soupe au déjeuner, administré dans une grande tasse de thé, de café ou de cocoa.—*Compend. of Medical Sciences.*

**Traitement de la péritonite**.—D'après le professeur NOTHNAGEL, il faut traiter la maladie quand c'est une phlegmasie simple, ne présentant point ces accidents fébriles atypiques propres aux péritonites infectieuses. Les saignées locales sont le meilleur des antiphlogistiques. En général, les sangsues agissent bien, et les douleurs cessent au bout d'une heure ou deux. Notnagel croit que la crainte des saignées locales qui s'est peu à peu répandue parmi les médecins est une crainte fautive. On peut mettre en une seule fois 6 à 7 sangsues, en tenant compte toutefois du degré de résistance des malades et de l'intensité du processus inflammatoire. Dans les mêmes conditions, l'application locale du froid, sachet de glace, tube de Lister, etc., est également indiquée.

On ne saurait attendre grand'chose des frictions mercurielles. L'usage de mercure *intus* et *extra*, calomel à l'intérieur et onctions à l'onguent napolitain, n'est justifié que dans les cas foudroyants; d'excellents médecins l'ont recommandé dans les péritonites puerpérales, Traube, par exemple. L'auteur se demande ensuite et

l'on doit se préoccuper de la constipation et répond par la négative. Les mouvements péristaltiques de l'intestin sont toujours une cause d'excitation péritonéale. C'est tout autre chose quand les douleurs ont cessé et que la crise du processus est dépassée. Il faut alors assurer les garde-robes ; on peut alors donner de 3 à 5 centigr. ( $\frac{1}{2}$  à 1 grain) de calomel. ou ce qui est mieux, des lavements. Dans la pleurésie, lorsque le stade d'acuité est passé il faut recourir à une sorte de gymnastique pulmonaire, recommander au malade les inspirations énergiques pour prévenir autant que possible la formation d'adhérences péritonéales, en prévenant les mouvements péristaltiques. Plus tard, lorsque les symptômes inflammatoires sont terminés, il faut chercher à favoriser la résorption de l'exsudat par les contre-irritations. Il est plus difficile d'appliquer les vésicatoires sur l'abdomen que sur le thorax, à cause de l'étendue de la surface. On emploie plutôt la teinture d'iode, la teinture de noix de galle, et tous les autres agents qu'on suppose capables de favoriser la résorption. Le savon vert à la potasse est un moyen, on peut le mélanger à l'huile étherée de lavande et faire des frictions une ou deux fois par jour. Les frictions mercurielles ne favorisent pas la résorption. A une période plus avancée, on peut favoriser la résorption par des cataplasmes chauds : enfin, il faut nourrir convenablement les malades. — *Paris médical.*

## CHIRURGIE.

**Diagnostic de l'hématurie.** — Clinique de M. le professeur GUYON. — Les cas d'hématurie présentent toujours un grand intérêt au point de vue pratique, car le pronostic est aussi en pareils cas difficile à établir. Un homme est entré dans le service pour des hémorrhagies spontanées qui se sont répétées ensuite tous les mois, puis se sont montrées à intervalles plus éloignés ; mais le fait intéressant surtout chez ce malade était l'absence de tout symptôme vésical ou du côté des voies urinaires ; les urines ne contenaient absolument que du sang ; il n'existait aucun symptôme général, aucun trouble de la santé qui n'était nullement altérée par l'abondance des hémorrhagies ; c'est qu'ici elles étaient assez espacées pour que le malade eût le temps de réparer ses pertes. Cependant, dans des cas de ce genre, l'anémie peut être très rapide ; mais c'est qu'alors la tumeur, cause des hémorrhagies, amène de la cystite, et même de la néphrite ; quelquefois aussi la tumeur peut obturer en partie l'uretère. Pourtant, et c'est là une notion d'anatomie pathologique très intéressante, jamais l'uretère ni l'urèthre ne sont atteints dans leur cavité ; il en est de même de la prostate, et la réciproque est vraie en ce

sens que le cancer primitif de la prostate n'envahit jamais la vessie: l'absence de lymphatiques explique cette absence de propagation.

Dans ce cas particulier le diagnostic a été fait par des moyens simples et qui sont absolument suffisants: c'est tout d'abord à l'aide du symptôme hématurie; lorsqu'on voit des hématuries survenir sans cause, disparaître sans motif, et ne s'accompagner d'aucun autre symptôme vésical, on peut être assuré qu'il existe un néoplasme: la spontanéité et la variabilité en sont des caractères certains, mais il reste à savoir quel est l'organe atteint, le rein ou la vessie.

Les hématuries rénales sont généralement plus abondantes et moins durables; elles s'accompagnent souvent de sensations plus ou moins pénibles, de coliques atténuées; souvent même la miction commence par un caillot vermiforme; c'est une première hémorrhagie, bientôt suivie d'une autre plus importante. L'hématurie vésicale au contraire survient le plus ordinairement sans être accompagnée d'aucun autre phénomène.

L'examen direct du rein permet en outre quelquefois un diagnostic très précoce: M. Guyon insiste à cet égard sur deux symptômes qu'on n'est pas habitué à rechercher; d'une part, il arrive que la tumeur rénale comprimant la veine émulgente, détermine un varicocèle dont l'existence prend en certains cas une importance diagnostique considérable. D'autre part, l'examen du rein peut donner un renseignement très utile. Tout rein qui augmente de volume devient en effet plus ou moins mobile, de telle sorte qu'on peut provoquer une sorte de ballotement de cet organe au moyen d'un artifice qui consiste à placer une main sous les côtes et à provoquer de petites secousses avec l'autre main placée sous la région lombaire; dans quelques cas même un examen bien méthodique permet de trouver des bosselures.

Pour la vessie, il faut le toucher rectal combiné avec la palpation abdominale; il ne faut pas s'attendre à rencontrer ici des bosselures caractéristiques, mais seulement l'augmentation de volume et l'épaississement de la paroi vésicale. Enfin, l'évacuation de la vessie avec une sonde molle peut donner une notion utile; ainsi, chez le malade dont il est question ici, la première portion de l'urine évacuée était colorée, la seconde l'était très peu, et la dernière renfermait beaucoup de sang: de plus, après avoir lavé la vessie avec une solution d'acide borique, le liquide sortait d'abord clair, puis, à mesure que la vessie se vidait et qu'on pressait la région vésicale, ce liquide devenait sanglant. Il était donc bien évident que le sang provenait de la vessie et non du rein. En même temps, le toucher rectal dénotait un épaississement notable du fond de la vessie, et on pouvait conclure à l'existence d'une tumeur à base large, infiltrée, siégeant près du col vésical, probablement de mauvaise nature, c'est-à-dire épithéliomateuse, en

raison de sa consistance assez grande, et aussi en raison des probabilités, car sur 26 cas de ce genre opérés à cette époque, M. Guyon avait trouvé 23 cas de tumeurs malignes. L'extirpation de la tumeur ne peut donc être le plus souvent qu'une opération palliative, mais même à ce point de vue restreint, ses résultats sont très remarquables, car outre la disparition des symptômes locaux, elle peut donner une survie très longue.—*Abeille médicale.*

**Traitement de l'ongle incarné.** — M. le docteur PATIN, de Boulogne-sur Mer. écrit à la *Gazette des hôpitaux* :

J'ai appliqué, depuis deux ans, au traitement de l'ongle incarné et dans la majorité des cas qui se sont présentés à moi ou que j'ai recherchés, un moyen qui, pour n'être pas un perfectionnement nouveau de l'un des nombreux procédés chirurgicaux dirigés contre cette douloureuse affection, ne me paraît pas moins susceptible de rendre au praticien de réels services.

Après un bain de pieds un peu prolongé, séchage et nettoyage aussi léger mais aussi complet que possible de l'ongle malade, j'introduis à l'aide d'un pinceau, dans les interstices de l'ongle et des fongosités, la solution au neuvième de gutta-percha dans le chloroforme (10 de gutta pour 80 de chloroforme) connue à l'hôpital Saint-Louis, sous le nom de *traumatine* et employée avec succès par M. Besnier au traitement du psoriasis. Je fais répéter ces applications plusieurs fois les premiers jours, moins fréquemment ensuite.

Un grand bien-être, amené par l'action anesthésique du chloroforme, suit ces applications. Si l'on recommande au malade de restreindre le traitement à ces seules imbibitions en évitant d'excorier les chairs ou de déchirer l'ongle par des nettoyages ou des grattages inopportuns, s'il a la patience d'attendre que l'ongle ait suffisamment repoussé pour le couper désormais transversalement en se bornant à émousser légèrement les coins, enfin si pendant quelque temps il évite autant que possible de marcher et n'use que de chaussures suffisamment larges, la guérison ne tardera pas à s'établir prompte et durable.

Il est facile de comprendre l'effet de ce traitement, la traumatine, participant de la fluidité du chloroforme, pénètre dans les moindres replis des chairs et, après l'évaporation du dissolvant, la gutta-percha qui constitue le résidu forme un enduit qui sépare l'ongle des fongosités qu'il laboure et dont les applications nouvelles augmentent l'épaisseur et la moelleuse élasticité; elle protège également les fongosités contre les frottements extérieurs.

Il est quelquefois nécessaire, pour compléter cette protection, de recouvrir l'orteil malade d'un chapeau de diachylon que l'on remet en place après chaque application liquide.

J'ai eu l'occasion de traiter de cette manière plusieurs ongles,

incarnés, en particulier chez des femmes enceintes, à l'égard desquelles toute idée d'intervention chirurgicale devait être *a priori* écartée, et je puis affirmer que, dans tous les cas où les malades se sont conformés aux indications précédentes, la guérison ne s'est jamais fait longtemps attendre.—*Abeille médicale.*

**Traitement du phimosis par la dilatation préputiale.**—La dilatation du prépuce dans le phimosis est un procédé opératoire qui a séduit un certain nombre de chirurgiens par sa simplicité, la rapidité de son exécution et le peu de douleur qu'il provoque.

Proposé il y a déjà longtemps par Nélaton et Denonvilliers, il a été remis en honneur dans ces dernières années par le professeur Verneuil et par M. de Saint Germain, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades. Il ne faut cependant pas tenter de substituer la dilatation aux méthodes sanglantes de l'incision et de l'excision ; si elle est suffisante et innocente dans le plus grand nombre des cas, il en est d'autres où elle ne remplit pas complètement l'indication thérapeutique ; d'autres où elle ne peut être employée ; enfin, dans quelques cas, elle expose à un traumatisme qui peut devenir la source de complications, l'éclatement du prépuce.

Il convient de considérer la dilatation suivant qu'on a à traiter un phimosis congénital ou un phimosis accidenté ; dans le tout jeune âge, ou chez l'adulte.

Chez les jeunes enfants la dilatation se pratique de la façon suivante. D'abord, si l'on juge nécessaire de faire l'anesthésie, on peut l'obtenir localement à l'aide de la glace, d'une pulvérisation d'éther, ou encore au moyen d'une compresse de cocaïne accompagnée d'une ou deux injections hypodermiques de la même substance. D'ailleurs l'opération est si rapide que l'anesthésie n'est vraiment pas nécessaire surtout chez le tout jeune enfant qui n'a pas l'appréhension de l'art opératoire. On explore ensuite la région malade et à l'aide d'un stylet boutonné on contourne toute la surface du gland en plongeant jusqu'au fond du sillon balano-préputial, afin de voir s'il existe des adhérences ou des calculs. On pourra rompre avec le stylet les adhérences légères, l'introduction d'une fine paire de ciseaux et la section des brides plus fortes pourra se faire quelquefois à travers l'orifice préputial ; si les adhérences sont très étendues, il y a contre-indication à la dilatation. L'extrémité du pénis est soigneusement lavée avec une solution antiseptique non irritante ; on la fixe alors avec deux doigts de la main gauche. La droite est armée ou bien d'une simple pince à pansement à mors étroits, ou bien d'un dilateur à trois branches. Il faut avoir soin que l'extrémité des branches de l'instrument, quel qu'il soit, pénètre jusqu'au fond du sillon balano-préputial, et dans ce mouvement de pénétration il ne faut pas refouler en arrière la partie termi-



nale du prépuce pour fixer les parois de celui-ci sur l'instrument. Voici la raison de cette précaution : il existe au niveau de la couronne du gland, dans l'épaisseur du repli préputial, un renforcement musculaire tout à fait annulaire, l'extrémité du muscle péri-pénien de Sappey ; si on ne détruit pas la résistance de ce muscle par la dilatation, de même que si on ne le divise pas quand on fait l'incision, le phimosis se reproduit rapidement.

Une fois l'instrument dilatateur placé, on agit de façon à écarter les branches graduellement, progressivement, afin de donner au prépuce une largeur au moins double de celle qui sumt pour laisser passer le gland. On s'assure que la dilatation est bien complète en refoulant tout le prépuce en arrière du gland et en le ramenant ensuite au devant de lui. Cette manœuvre devra être répétée tous les jours deux à trois fois pendant huit à dix jours.

Il ne se produit que très peu de gonflement après la dilatation ; on le combat au moyen de compresses imbibées d'eau boriquée à 4 0/0 ; le nettoyage et les lotions antiseptiques sont tout-à-fait indiqués quand il s'est produit au niveau de la muqueuse quelques éraflures qui pourraient donner lieu à une légère suppuration. Au bout de six à huit jours la guérison est complète. Dans quelques cas, cette opération légère ne peut se faire à cause de l'étroitesse de l'orifice préputial qui empêche l'introduction de l'instrument dilatateur. La dilatation est encore contre-indiquée dans les cas de phimosis simple, atrophique.

Chez l'adulte et l'adolescent, Denonvilliers a encore parfois pratiqué la dilatation avec succès ; Mathieu (Dic. Encyclopédique) dit aussi l'avoir employée avec succès chez les jeunes soldats, à prépuce étroit et court, non exubérant ; mais souvent à cet âge elle présente plus d'inconvénients que d'avantages. Ordinairement à partir de 15 ans le prépuce s'indure ; si on veut plus tard le dilater, on éprouve une grande résistance et si on insiste, une large déchirure peut se produire ; elle a lieu surtout dans les cas de phimosis accidentel consécutif à la balano-posthite. L'allongement hypertrophique du prépuce est encore une contre-indication ; il vaut mieux, dans ces cas, faire l'ex-cision par un des procédés de circoncision connus.—*Concours médical.*

**Du cathétérisme chez les prostatiques.**—Les indications du cathétérisme dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate sont encore l'objet de nombreuses contestations.

M. le professeur Guyon, dont la parole fait autorité en pareille matière, rejette le cathétérisme évacuateur dans la *première période* alors qu'il n'y a que des signes de congestion prostatique sans rétention d'urine. Il le conseille au contraire dans la *seconde période*, quand la distension de la vessie est survenue et que le malade ne peut plus la vider complètement.

Il faut alors faire une *évacuation lente, méthodiquement successive et antiseptique*. On doit habituer d'abord l'urèthre au contact de petits instruments, surtout chez les sujets qui ont déjà des signes de complications séniles commençantes, puis on emploie des sondes n° 15 ou 16 et on arrête l'évacuation dès qu'il n'y a plus de jet véritable; on remplace alors le quart du liquide enlevé par une quantité égale de solution boriquée à 4%, destinée à empêcher la fermentation intra-vésicale de l'urine.

Dans la *troisième période*, celle de la cachexie urinaire, de la néphrite infectueuse grave, dans les cas extrêmes, M. Guyon rejette le cathétérisme qui peut amener des accidents mortels; il conseille de relever les forces du malade, de le tonifier avant de tenter aucune intervention thérapeutique. M. Lavau, au cours d'un article dont nous exposons ici la substance, pense que tout le danger de ces cas extrêmes réside dans la présence d'une quantité énorme d'agents infectueux dans la vessie, et qu'il y a là une source d'infection permanente et mortelle qu'il faudra combattre à tout prix. Il pense que, même à cette troisième période grave et mortelle, les accidents peuvent encore être enrayés au moyen d'un traitement qui permet de combiner l'évacuation antiseptique et les lavages de la vessie.

Voici comment il conseille de procéder :

1° Il faut d'abord faire le lavage de l'urèthre au moyen d'une sonde portée jusqu'au bulbe et d'un instrument laveur dont il a donné la description et qui fournit un écoulement de pression aussi douce et aussi variable que l'on veut, suivant qu'on élève plus ou moins le réservoir.

2° On évacue ensuite avec une sonde n° 15 ou 16 jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de jet.

3° Puis on injecte, à faible pression, de l'eau boriquée à 4% et on la laisse couler par la sonde avec l'urine purulente que contient le bas fond de la vessie. On recommence plusieurs fois jusqu'à ce que l'eau revienne propre sans trace de pus. Après quoi on laisse dans la vessie 6 à 7 onces d'eau boriquée suivant la capacité du réservoir dilaté.

4° On termine par un lavage de l'urèthre comme on l'a fait en commençant.

M. Lavau rapporte l'observation d'un malade présentant tous les symptômes d'une cachexie urinaire avancée qui a été rapidement améliorée par ce traitement.

La méthode d'évacuation et le lavage antiseptique de la vessie semble très utile en pratique; mais nous croyons que, lorsque les reins sont altérés, il est bon de combiner avec elle l'usage d'antiseptiques pris à l'intérieur et éliminés par le rein malade. M. Terrier l'a recommandé l'an dernier à la Société de chirurgie, et nous avons exposé cette méthode dans les colonnes du *Concours*, il y a un an environ et plus récemment dans d'autres travaux.

Nous employons actuellement dans ces cas, et même dans toutes les affections des voies urinaires où il y a décomposition ammoniacale de l'urine et par conséquent menace d'altération du rein; le biborate et le benzoate de soude à la dose de 1 drachme chacun dans les 24 heures. Récemment on a préconisé le salol pour le même usage; nous nous proposons de l'employer quand nous en aurons l'occasion.—*Concours médical.*

**Brûlures et congélations.**—L'auteur, le Dr. ZUBOFF, a employé avec succès son remède dans soixante cas de brûlures et de congélations. Il consiste dans l'application de compresses imbibées de permanganate de potasse. On se sert d'une solution de 5 à 15 centigrammes (1 à 3 grains) de permanganate de potasse dans 30 grammes (1 once) d'eau. Les compresses, constituées par une pièce de toile ou de coton, sont fréquemment renouvelées.

Le remède n'est sûrement efficace que dans les congélations du premier ou du second degré, et dans les brûlures du premier degré.

Dans tous les cas, il supprime rapidement la douleur et enlève les inflammations; quand les ampoules sont intactes, la suppuration est toujours prévenue.

L'auteur cite une personne qui s'était brûlée au premier degré le dos, la poitrine et le ventre en prenant un bain de vapeur; la solution de permanganate supprima les douleurs en une heure; l'épiderme s'exfolia, et la guérison fut obtenue au bout de la semaine.—*Scolpel.*

**Recherche de la fluctuation dans les abcès du sein.**—M. le docteur CASTEX a publié, dans la *Revue de chirurgie*, un travail important sur les congestions et les inflammations de la mamelle. Nous en extrayons quelques lignes très pratiques, relatives à la recherche, quelquefois si difficile, de la fluctuation dans les abcès.

Quand la collection liquide est volumineuse ou superficielle, aucun embarras; la transmission se fait aisément d'une main à l'autre; mais, si l'abcès est de dimensions restreintes ou profondément placé, la constatation de ce symptôme exige des procédés spéciaux ou variés. Pour certains chirurgiens, il importe avant tout d'immobiliser la glande contre la cage thoracique, en l'écrasant, pour ainsi dire, avec la main gauche; l'index droit cherche ensuite si, dans le point suspect, il perçoit ou non de la résistance.

Un autre procédé, qu'on attribue à Bérard, consiste à enserrer autant que possible la glande dans la main gauche en plaçant le pouce sur un des côtés de la masse indurée, et les pulpes des quatre autres doigts rapprochés sur le côté opposé. Les cinq doigts de la main gauche se tenant prêts à éprouver l'impulsion,

un ou deux doigts de la main droite pressent sur la partie culminante de la tuméfaction et, si du liquide est collecté dans son épaisseur, les doigts passifs de la main gauche éprouvent un écartement caractéristique.

On obtient plus facilement la transmission en intervertissant le rôle des deux mains, sans rien changer, pour le reste, à la manœuvre qui précède. Si la main gauche, disposée comme ci-dessus, devient active à son tour en enserrant la glande entre les cinq doigts, l'index de la droite sent manifestement monter, des couches profondes du sein, une pression très circonscrite comme surface. Bien plus, sur une malade citée par M. Castex chez laquelle la fluctuation restait douteuse, en comprimant le sein à pleine main gauche et en se mettant à genoux pour que le regard fut tangent au centre de la partie pressée, on voyait ce centre s'accuminer quand la main serrait la glande, et redescendre quand cessait l'effort des doigts. Le bistouri plongé dans cette partie centrale à une certaine profondeur, libéra une petite quantité de pus. Ces divers procédés diffèrent peu de celui que préconisait Velpeau, mais il est certain que les yeux surveillant la main qui est passive pendant la recherche de la fluctuation contrôlent, s'ils ne le révèlent, le soulèvement de cette main. Le professeur Trélat recommande ce mode d'investigation. Quand les deux mains appliquées sur une tumeur que l'on suppose fluctuante, la main gauche passive est soulevée sous l'effort qu'exerce à distance la main droite active, il n'y a pas à conserver de doutes. Ainsi, dans quelques tumeurs à pulsations incertaines, on constate plus sûrement le caractère pulsatile en observant des yeux la main qui est appliquée sur le néoplasme, qu'en se servant des impressions tactiles.

Comme le fait remarquer Phocas dans sa thèse, la douleur provoquée par la pression, vient fortement corroborer l'hypothèse d'une fluctuation circonscrite. Lorsque les sensations perçues par les mains laissent le chirurgien dans le doute, la ponction exploratrice avec une bonne seringue de Pravaz préalablement flambée, donne des renseignements précieux tout en étant inoffensive.—*Abeille médicale.*

### Cystite.—Prof. Pancoast.

P.—Sulfate de morphine.....	1 grain
Teinture de gelsemium.....	$\frac{1}{2}$ drachme
Bicarbonate de potasse .....	2 drachmes
Eau.....	3 onces

M.—Dose : 2 cuillerées à thé, bien diluées, toutes les trois heures.—*Leonard's Medical Journal.*

## OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

**Extraction de la tête dernière arrêtée sur le plancher périméal.**—Clinique de M. BUBIN à l'hôpital de la Clinique.—Il nous est arrivé le 23 novembre, dans la nuit, une femme enceinte pour la troisième fois, en travail depuis plusieurs heures. Chacun des accouchements précédents avait été terminé par une application de forceps: le premier enfant était venu vivant, mais le deuxième avait succombé avant ou pendant les manœuvres. Elle était cette fois au terme de la grossesse, la dernière époque menstruelle datant du 11 février; les douleurs avaient commencé dans la soirée, la poche des eaux s'était prématurément rompue un peu après minuit et, quand j'arrivai de bonne heure le matin, la dilatation était complète.

Ce qui me frappa tout d'abord, en approchant de la parturiente, ce fut la vue de méconium s'échappant des voies génitales, non pas de méconium pur comme celui qui s'écoule dans les présentations de l'extrémité pelvienne, mais de méconium intimement mélangé au liquide amniotique, indice ordinaire d'un état de souffrance passager ou persistant de l'enfant. Par le palper, on reconnaissait la tête au-dessus du détroit supérieur, elle n'était pas engagée; par l'auscultation, on percevait nettement les battements ralentis du cœur fœtal, au nombre de 90 par minute à peu près; au toucher, on sentait deux petites extrémités qui s'étaient insinuées à côté et au dessous de la présentation: en avant, une main gauche, en arrière et à gauche, un pied droit. Précédemment le chef de clinique avait senti un troisième petit membre qui s'était réduit spontanément et que je ne retrouvai pas lors de mon examen. La tête était très haut située, nullement fléchie et légèrement inclinée sur le pariétal antérieur.

Toutes ces particularités s'expliquaient par l'existence d'un rétrécissement du bassin; le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur était loin d'avoir ses dimensions normales, le diamètre promonto-sous-pubien mesurait 97 à 98 millimètres environ.

J'avais remarqué que l'utérus n'était pas entièrement vide de liquide amniotique et que son segment inférieur était assez dilaté pour ne pas s'opposer à l'évolution du fœtus; je choisis la version en dépit de l'obstacle que le conjugué de 8 centimètres 1/4 pourrait apporter au passage de la tête. Ce mode d'intervention ne me donnait pas toute sécurité quand à la vie déjà compromise de l'enfant, mais l'application du forceps au-dessus du détroit supérieur, sur une tête très élevée tendant à la déflexion, avec la gêne que devaient apporter des membres proéminents, était plus scabreuse encore.

J'introduisis la main droite, la glissant le long du pied et de la jambe accessibles, et refoulant en même temps la tête avec la main gauche placée sur l'hypogastre, je saisis le genou et l'entraînai lentement au dehors jusqu'à l'engagement du siège dans l'excavation. A ce moment, les contractions de l'utérus avaient cessé, les pulsations du cœur fœtal se ralentissaient d'une manière alarmante et le cordon, entre les doigts, ne donnait plus le moindre battement. Pendant qu'on frictionnait le fond de l'utérus, dont la contractilité se trouva réveillée, je tirai, pour extraire le siège, le tronc et les épaules, jusqu'à ce que la tête fut arrêtée par sa base au niveau du détroit supérieur. La moitié droite du bassin présentait plus d'ampleur que la moitié opposée ; aussi j'avais fait évoluer le fœtus en tournant son occiput vers le côté le plus large. Je mis alors deux doigts de la main droite dans la bouche de l'enfant en fléchissant au maximum la tête, qui était placée transversalement et dont je reportais la nuque le plus qu'il m'était possible à droite. La main gauche fut placée sur les épaules, l'index en avant du cou, les trois derniers doigts en arrière, et le cou fut soulevé de manière à permettre au pariétal-postérieur de s'incliner et de se rapprocher de l'angle sacro-vertébral. Pendant ce temps, un aide appliquait ses mains sur la partie inférieure de l'abdomen de la mère du côté gauche. Au moment où je cherchais à entraîner le fœtus en bas, l'aide appuya, de son côté, sur la région frontale ; nous eûmes tous deux la sensation que la tête descendait, franchissait le détroit supérieur, pénétrait dans l'excavation et arrivait jusque sur le plancher périnéal. Mais il était nécessaire d'aller vite : au moment où j'avais placé les doigts dans la bouche, l'enfant s'était mis à vagir, et ce vagissement s'était répété deux fois assez fort pour être entendu des assistants. De plus, j'avais senti dans mes mains le thorax du fœtus faire un mouvement d'inspiration, et vous savez que les efforts de respiration hâtive traduisent un état de malaise très accentué.

Pour faire sortir la tête des parties génitales, je lui imprimai un mouvement de rotation qui plaça la nuque sous la symphyse et je m'efforçai d'opérer le dégagement. La contraction utérine manquait complètement, l'expression sus-pubienne ne pouvait plus agir sur le globe céphalique profondément descendu, les efforts de traction soutenus et dirigés de mon mieux n'aboutissaient à rien ; cependant, les mouvements respiratoires déjà constatés se renouvelaient plus affaiblis, je sentais que l'enfant mourait entre mes mains et j'étais impuissant à le sauver. Je pris rapidement un forceps, et pendant qu'un aide maintenait le tronc du fœtus soulevé, je fis, sans perdre un instant, une application directe de l'instrument. Tout au-sitôt et sans peine la tête fut dégagée des parties molles ; l'enfant naquit en état de mort apparente, mais quelques battements cardiaques persistaient et

nous réussimes à le ranimer. Il est actuellement vivant et bien portant. Tel est le fait que je relate à grands traits et qui s'est passé sous les yeux d'un certain nombre d'entre vous.

Il soumet à nos réflexions plusieurs points de pratique obstétricale qu'il serait instructif de développer : la question des procidences, l'embarras dans lequel on se trouve pour choisir entre le forceps et la version dans les rétrécissements du bassin, les avantages de l'expression exercée sur la région frontale, les soins à donner aux nouveau-nés dans les cas de mort apparente, et bien d'autres. Les plus importants chapitres de la dystocie pourraient être passés en revue à cette occasion. Aujourd'hui, je ne vous parlerai que des difficultés éprouvées pour terminer l'accouchement lorsque la tête dernière ayant franchi le détroit supérieur, se trouve arrêtée par le plancher périnéal.

Quand l'enfant est extrait par les pieds, on opère le dégagement de la tête en mettant le fœtus sur l'avant bras et sur la main dont on porte l'index et le médius jusque dans la bouche pour assurer la flexion ; puis, plaçant l'autre main en fourche sur le cou (en évitant d'appuyer sur les clavicules pour ne pas les casser et pour ne pas contusionner les plexus nerveux), la tête ayant exécuté son mouvement de descente et de rotation, on la dégage autour de la symphyse ; les diamètres sous-occipito-mentonnier, sous-occipito-frontal et sous-occipito-bregmatique sortent successivement.

Depuis Mauriceau et Levret jusqu'à nos jours, cette opération n'a pas cessé d'être décrite en France dans nos livres classiques. C'est le nom de manœuvre de Mauriceau qu'il faudrait lui donner.

En tout cas, et de quelque nom qu'on la désigne, la méthode est excellente et supérieure à toutes celles qui furent depuis préconisées.

Au lieu d'introduire les doigts dans la bouche, on a conseillé de prendre point d'appui sur les fosses canines, de chaque côté du nez.

Mais cette méthode est inférieure à celle de Mauriceau, Madame La Chapelle en avait déjà jugé ainsi : " Pour abaisser la face, l'élève mit deux doigts de la main droite sur les côtés du nez. Cette pratique est ordinairement moins sûre que celle d'introduire les doigts dans la bouche. "....." J'insiste sur le précepte d'introduire les doigts dans la bouche. "

On a eu recours à la manœuvre dite de Prague, qui consiste en des tractions exercées sur le cou de l'enfant à l'aide des doigts d'une main placés en crochet sur les épaules, tandis que l'autre main saisit les jambes, redresse le tronc et rapproche brusquement le dos du fœtus du ventre de la mère. Ce procédé n'est pas nouveau.

Il peut réussir, mais comme il expose l'enfant à des accidents

graves, il est préférable de n'y avoir pas recours. Aussi, malgré ces modifications de détail et d'autres qui ont été proposées et que je ne crois pas nécessaire de passer en revue, c'est la méthode de Mauriceau qui reste la meilleure et qui, pour beaucoup d'accoucheurs, doit suffire en toutes circonstances.

Elle ne suffit pourtant pas toujours, et vous m'avez vu, voulant à tout prix sauver un enfant qui mourait et désespérant de triompher immédiatement, par son seul secours, de la résistance d'un périnée trop rigide, l'abandonner pour recourir au forceps.

Il y a longtemps que le forceps a été employé dans ces conditions. Levret avait signalé le bénéfice de son tire-tête sur la tête seconde ; mais c'est Smellie qui indique formellement de recourir au forceps appliqué sur la tête venant après le siège : il décrit le procédé à suivre et le figure dans une des planches de son livre.

La plupart des auteurs (Tarnier, Grynfeldt, Wasseige, Lusk, R. et F. Burnes, Parvin, Crouzat, etc., pour ne citer que les plus modernes) ont reproduit cet enseignement ; cependant on ne considère l'emploi du forceps, dans ces cas, que comme un moyen exceptionnel.

Mais si ce genre d'application a été approuvé par les uns ou simplement autorisé, d'autres l'ont rigoureusement condamné.

En présence de semblables contradictions, il est, je crois, nécessaire de bien distinguer les cas. La tête, retenue dans les parties maternelles, après le siège sorti, peut être arrêtée au niveau du détroit supérieur par un rétrécissement, je suppose, ou bien au fond de l'excavation par la tonicité du périnée, sans parler de la résistance que le col utérin oppose parfois à sa sortie. Je laisse volontairement de côté l'application du forceps sur la tête retenue la dernière au niveau du détroit supérieur rétréci : j'aurai probablement l'occasion de revenir un jour sur ce sujet.

Mais au détroit inférieur, prenons exemple du fait qui s'est passé sous nos yeux. Nous avions, vous l'avez vu, toutes raisons de ne point laisser se prolonger la durée de notre intervention, si nous voulions extraire un enfant encore capable de vivre. La perte du méconium, le vagissement, la suppression des pulsations du cordon, le ralentissement des battements du cœur et les mouvements respiratoires indiquaient d'y recourir. Nous ne pouvions aider nos tractions par des pressions sur la voûte du crâne inaccessible par l'hypogastre ; l'effort déployé sur le rebord alvéolaire du maxillaire inférieur approchait de 25 kilos, limite assignée par l'expérience comme chiffre maximum à ne pas dépasser sous peine de fracture. Un moyen s'offrait de répartir sans dommage une force beaucoup plus grande sur la surface étendue des deux côtés de la tête ; ce moyen, c'était une application directe, prompte et facile du forceps à la vulve ; nous ne l'avons pas négligé et le résultat fut : un enfant vivant. Je crois



fermement qu'il n'en aurait pas été de la sorte si nous nous étions obstiné à vouloir terminer le dégagement par le seul effort des mains.

Bien que j'ai longtemps cru cette opération inutile, ce n'est pas la première fois que je suis obligé d'avoir recours à l'application du forceps pour extraire la tête restée la dernière dans les parties génitales. En novembre 1882, après la réorganisation du service des accouchements dans les hôpitaux, je venais d'entrer à la Charité. Une nuit, on vint me chercher en toute hâte pour une femme chez laquelle il existait une présentation de l'épaule. C'était une multipare; les membranes étaient rompues depuis quelque temps, la dilatation était complète et l'enfant vivait. Je fis la version et l'extraction sans rencontrer d'abord aucun obstacle. Lorsqu'il ne resta plus que la tête dans les parties génitales, j'eus beau exécuter le manœuvre de Mauriceau, tirer fort, très fort même, je ne pus l'extraire. L'enfant allait mourir et je me disais que, pour mon début, pour ma première opération d'accoucheur des hôpitaux, je n'allais guère justifier l'institution de la nouvelle organisation. Je pratiquai le toucher pour me rendre compte de l'obstacle qui s'opposait à la sortie de l'extrémité céphalique. Le col, revenu sur lui-même, formait un cerce très épais et résistant. Il y avait là un bourrelet rigide qui, appliqué sur la nuque et sur les parties latérales du crâne, s'étendait circulairement jusqu'au niveau de la base du front près de la racine du nez. J'avais beau tirer, j'entraînais l'utérus, mais le diamètre sous-occipito-frontal ne pouvait se dégager. Je résolus d'employer le forceps; cet instrument devait permettre une prise plus solide sur la tête; il devait en outre former, de l'articulation vers la partie large des cuillers, une sorte de dilatateur conique. Le tronc de l'enfant ayant été relevé, je plaçai l'extrémité des doigts sur le bourrelet du col et je fis glisser la lame plate des cuillers entre ce bourrelet et le cuir chevelu. Je réussis de la sorte à introduire l'instrument; après quelques tractions, l'orifice utérin céda et laissa passer la tête de l'enfant qui naquit en état de mort apparente, mais qui fut ranimé.

En janvier dernier, à la Charité je faisais l'extraction d'un enfant qui s'était présenté par le siège. Le bassin était rétréci et le diamètre conjugué mesurait 85 millimètres environ. L'obstacle présenté par le détroit supérieur était franchi; mais, bien que l'utérus se contractât, le plancher périnéal offrait à la sortie de la tête une résistance que, malgré mes efforts, je ne pus vaincre. J'eus recours à la manœuvre de Mauriceau: il me fut impossible de terminer l'extraction. Voyant que le fœtus allait succomber, j'appliquai le forceps et nous pûmes avoir un enfant en état de mort apparente au moment de sa sortie, mais qui vécut.

Comme conclusion de ce qui précède, vous retiendrez ceci: Quand vous vous trouverez en présence d'une tête demeurée la

dernière dans l'excavation, ayez recours à la manœuvre de Mauriceau, et vous réussirez pour ainsi dire toujours. N'oubliez pas cependant que, dans certains cas tout à fait exceptionnels, vous pourrez échouer. La cause de votre insuccès sera la résistance considérable de l'orifice utérin revenu sur lui-même, ou l'inertie prolongée de la matrice, ou la rigidité du plancher périméal. Appliquez alors le forceps ; au lieu d'une traction limitée et dangereuse si elle est portée trop loin sur le maxillaire inférieur, vous saisirez toute la tête avec les cuillers comme avec deux mains de fer ; vous l'entraînez facilement au dehors et l'enfant sera sauvé.

Donc, toutes les fois que vous ferez l'extraction d'un enfant venu par le siège, ou que vous pratiquerez une version podalique par manœuvres internes, à côté de l'insufflateur et de tout ce qui est nécessaire pour ranimer le nouveau-né dans le cas où il viendrait en état de mort apparente, n'oubliez pas de préparer un forceps.—*Semaine médicale.*

**Prurit vulvaire consécutif à la leucorrhée.** — La *Revue des maladies des femmes* indique le traitement suivant contre le prurit occasionné par l'acidité des écoulements leucorrhéiques. Après quelques lotions émollientes, on se trouvera bien d'une infusion de deux à quatre grandes feuilles de tabac non travaillé dans une chopine d'eau chaude, d'une décoction de lupulin, ou d'une solution de borate de soude, 1 once par chopine, de sublimé au 1000<sup>e</sup>, ou encore d'eau phéniquée une partie pour 500. Dans cet ordre d'idées, Verrier recommande la solution suivante :

Acide phénique dissous.....	9 minimes
Acétate de morphine.....	7 grains
Acide cyanhydrique dilué .....	50 minimes
Glycérine .....	3 drachmes
Eau .....	4½ onces

Après avoir lavé les parties et les avoir laissées sécher, on les saupoudrera avec de la fleur d'amidon. Si, malgré ces précautions, le prurit persistait, on enduirait un tampon d'ouate de la solution susdite, et on interposerait cette ouate entre les lèvres de la vulve, en garnissant celle-ci d'un bandage.—*Abeille médicale.*

**De la dilatation rapide du col de l'utérus,** par le docteur W. H. WATHEN (de Louisville).—Convaincu par l'expérience et l'observation qu'on ne retire que de mauvais effets de l'usage des tentes pour dilater le canal cervical ou de l'emploi des incisions pour élargir ou reformer ce canal dans le traitement de la dysménorrhée et de la stérilité, je me suis efforcé de leur substituer une méthode plus satisfaisante, et je viens appeler votre attention sur la dilatation rapide obtenue à l'aide de dilateurs bivalves,

telle que la pratiquent plusieurs opérateurs éminents de ce pays avec des résultats meilleurs et des complications moindres que par tout autre moyen.

L'emploi des tentes peut être indiqué dans quelques circonstances; mais je m'imagine difficilement qu'on puisse les préférer aux dilataateurs métalliques dans les opérations qui ont pour but de guérir la dysménorrhée et la stérilité. Les résultats qu'on obtient à l'aide de tentes ne sont pas encourageants: les bons effets qu'elles semblent parfois déterminer ne sont d'ordinaire pas durables. Les tentes sont difficiles à introduire; elles amènent fréquemment de sérieuses complications, et ne diatent qu'imparfaitement et lentement; plusieurs jours sont souvent nécessaires pour que la dilatation soit complète. L'endométrite, l'hématocèle, la cellulite pelvienne ou la péritonite, la septicémie, la pyohémie et le tétanos, tels sont souvent les dangers qui résultent de leur emploi. Ces complications surviennent de la façon la plus inattendue, et il n'est de médecin ayant quelque expérience de l'usage des tentes, qui ne les ait observées; l'antisepsie la plus rigoureuse ne les prévient même pas toujours. Le iupelo est supérieur à toute autre substance comme tente; il est moins apte à produire l'infection sceptique que l'éponge préparée, et il dilate plus rapidement, plus régulièrement et mieux que la laminaria. Les dilataateurs à deux branches sont relativement aseptiques, faciles à manier et produisent une dilatation complète en une seule séance; comparativement, l'opération est exempte de dangers immédiats ou ultérieurs; elle guérit presque toujours la dysménorrhée et fait souvent disparaître la cause ou les causes de stérilité. C'est là un fait démontré par l'expérience des meilleurs gynécologues. Quant aux incisions pratiquées sur le col, soit dans toute sa longueur, soit au niveau de son orifice interne, en avant, en arrière ou de chaque côté, elles donnent des résultats encore moins satisfaisants que l'usage des tentes. Elles amènent rarement la guérison, entraînent de graves complications et créent parfois un état pathologique du col qui réclamera plus tard la trachelorrhaphie, tout comme les déchirures consécutives à un accouchement. Les bougies métalliques graduées n'offrent aucun avantage sur le dilataateur à deux branches; le traitement est long et pénible, les complications sont relativement fréquentes, et l'amélioration n'est généralement que temporaire. Je me suis souvent servi du dilataateur bivalve et n'en ai obtenu que de bons effets sans complications. Tel est aussi le résultat de l'expérience de Goodell, Mundé, Gill, Wylie, Goelet et de presque tous ceux qui ont opéré de même.

Il m'est arrivé de pratiquer la dilatation du col dans mon cabinet, sans anesthésie locale ou générale, dans une étendue de 8 à 12 millimètres, laissant immédiatement après les malades regagner à pied leur domicile. La dilatation est ordinairement peu

douloureuse. La douleur disparaît au bout de quelques minutes, et il n'y a jamais de complications sérieuses. La dilatation est contre-indiquée lorsqu'il existe une inflammation de l'utérus, du tissu cellulaire pelvien, du péritoine, ou quelque affection de la trompe ou de l'ovaire; on ne la pratiquera qu'après avoir lavé le vagin et soigneusement désinfecté l'instrument avec de l'acide phénique. Si la dilatation doit acquérir de 1 centimètre à 3 centimètres, il faut employer le chloroforme sans aller jusqu'à l'anesthésie complète. La malade devra être soigneusement préparée à l'opération qu'on fera dix jours environ après l'époque menstruelle; une injection sous-cutanée de morphine et d'atropine précédera l'administration du chloroforme.

Le mieux est de placer la femme sur le dos et de se servir d'un large spéculum bivalve; mais on peut employer aussi le spéculum de Sims et faire mettre la femme sur le côté gauche. Je ne commence jamais l'opération sans avoir à ma disposition moins de trois dilateurs de différents calibres, mais il peut n'être pas nécessaire d'en employer plus de deux. Je fixe solidement le col à l'aide d'un petit ténaculum, et j'introduis d'abord le plus petit dilateur; il est parfois possible d'employer immédiatement le dilateur moyen; dans d'autres cas, le plus petit détermine une dilatation suffisante pour admettre le plus large.

L'utérus tend à glisser en arrière de l'instrument au fur et à mesure que celui-ci s'entr'ouvre, mais c'est là un fait facile à éviter par l'emploi du ténaculum et avec mon dilateur. D'après mon expérience, cette difficulté se produit surtout avec l'instrument d'Ellinger, modifié par Goodell, malgré la rudesse de ses branches. Pour ce fait et pour d'autres raisons, j'ai inventé l'instrument que je vous présente.

On admet que la supériorité du dilateur de Goodell est due à ce que ses branches étant parallèles, il dilate également toutes les parties du canal cervical. Mais cela n'est vrai qu'en théorie, car l'élasticité des branches est plus grande à leur extrémité, en même temps que la résistance est plus considérable à la partie supérieure du col, en sorte que lorsque l'orifice externe est dilaté de 3 centimètres, l'orifice interne ne l'est que de 2 centimètres  $\frac{1}{2}$ . Or, c'est l'inverse qui devrait exister, car c'est généralement le point le plus voisin du corps de l'utérus qui réclame l'action la plus énergique.

Mon dilateur est plus puissant, moins compliqué et ne glisse pas aussi facilement quand on l'entr'ouvre. Lorsqu'il dilate l'orifice externe de 2 centimètres, il agit sur l'orifice interne dans une étendue de 2 centimètres  $\frac{1}{2}$ . Il ne faut pas dilater trop rapidement, dans la crainte de déchirer le col. On ne devra pas dilater non plus un col petit autant qu'un col volumineux. Si la femme, cessant de subir l'influence du chloroforme, ressent la douleur due à la présence de l'instrument, on devra le desserrer et le retirer avec douceur.

Les résultats sont probablement meilleurs si l'on introduit la tige intra-utérine immédiatement après l'opération ou dès le second jour. La femme devra garder le lit une semaine, et l'on fera chaque jour des injections vaginales chaudes. Les rapprochements sexuels doivent être interdits pendant un mois, et la malade évitera avec soin toute fatigue pouvant retentir sur l'utérus ou ses annexes, surtout au moment des règles.

En résumé, j'ai cherché à démontrer que la dilatation rapide peut être substituée à tous les autres moyens dans la plupart des cas où la dilatation est indiquée.—*Progrès médical.*

---

## PÆDIATRIE.

---

**Diagnostic différentiel de la méningite tuberculeuse.**—Clinique du Prof. J. SIMON, à l'hôpital des Enfants-Malades.—Un certain nombre de maladies peuvent, au début, être confondues avec la méningite tuberculeuse chez les enfants, je voudrais, dans cette leçon, les passer en revue, afin d'établir bien nettement les symptômes, les signes qui peuvent simuler cette dernière et ceux qui permettent de la différencier.

Ces diverses maladies sont :

1<sup>o</sup> *La fièvre typhoïde.*—Cette affection, chez les enfants, peut ressembler, au début, à la méningite tuberculeuse, par une symptomatologie quelque peu analogue, c'est-à-dire par un certain degré de congestion cérébrale, de la céphalalgie, des vomissements, de la constipation, etc.; mais elle s'en distinguera bientôt par des phénomènes morbides inhérents à la méningite, c'est-à-dire par le strabisme, par l'inégalité des pupilles, par des alternatives de pâleur et de coloration plus ou moins vive de la face, par une hémiplégie faciale, par des perturbations du rythme respiratoire, qui le rendent très irrégulier, par une intermittence et des inégalités du pouls, lesquelles se produisent de très bonne heure dans la méningite tuberculeuse et ne sont nullement en rapport avec la température du petit malade. Dans la fièvre typhoïde, le matin, nous constatons une chute du mouvement fébrile, tandis que, le soir, vous voyez la fièvre et la température s'exaspérer, et chaque jour cette courbe est la même du matin au soir. Dans la méningite, la marche des phénomènes est sournoise; dans la fièvre typhoïde, la marche est lente, mais régulièrement progressive dès le début. Enfin, le huitième jour arrive et le ballonnement du ventre, joint à l'apparition des taches rosées lenticulaires, viennent éclairer le diagnostic, dans le cas où, jusque là, vous auriez eu quelque hésitation à vous prononcer, et vous permettent de dire qu'il s'agit d'une fièvre typhoïde;

tandis que dans la méningite le ventre est en bateau, et il n'existe pas de taches rosées lenticulaires.

2<sup>o</sup> *La pneumonie.*—La maladie est quelquefois si étrange chez l'enfant, tout d'abord, que le premier jour, elle peut être confondue avec la méningite. J'ajouterai que non seulement cette confusion est possible, mais qu'elle n'est point rare.

Dans les deux maladies, en effet,—la méningite tuberculeuse et la pneumonie des enfants,—vous observerez, au début, de la céphalalgie, de l'agitation nocturne, quelquefois, si ce n'est de véritables convulsions, tout au moins quelques mouvements convulsifs, des soubresauts des tendons, une grande prostration, un abattement plus ou moins profond, des vomissements. Mais au bout de douze à vingt-quatre heures et parfois même plus tôt, vous serez frappés, dans la pneumonie, de constater une respiration plus rapide, de voir la poitrine, dans les mouvements respiratoires, s'élever surtout des épaules; en même temps, vous entendrez une petite toux sèche, vous remarquerez un point particulier de la poitrine qui n'est pas aussi sonore que le reste, un murmure respiratoire tendant à s'effacer. J'ajoute que, dès ce moment, en même temps que la température s'élèvera très vite à 39°2 ou 39°4, le pouls marquera 140 ou 160 pulsations à la minute.

Dans la méningite, non seulement vous n'aurez aucun de ses phénomènes, mais la marche de la maladie vous offrira des allures lentes, une température à 38 degrés, sans aucun rapport avec l'état du pouls.

Certains médecins ont rapporté des cas de guérison de méningite. Pour moi, la méningite tuberculeuse ne guérit pas, et les cas que l'on a considérés comme tels, n'étaient que des faits de congestion cérébrale, de cette congestion qui n'est pas encore bien décrite jusqu'à présent, congestion à début brusque, rapide, se produisant sous l'influence d'une impression subite de froid, d'une indigestion, etc., et qui donne lieu assez souvent à des phénomènes morbides analogues à ceux d'une méningite au début. Vous pouvez observer ainsi, en pareils cas, de la céphalalgie, de l'insomnie, de l'agitation, voir même des cris, une certaine raideur du cou, des inégalités de coloration des pommettes, un pouls fréquent, une température assez élevée.

3<sup>o</sup> *Fièvres éruptives.*—Ces différents symptômes, qui se rattachent à la congestion cérébrale, vous pouvez les rencontrer aussi au début d'une fièvre éruptive, de telle sorte que si, au moment où ils éclatent, l'enfant est déjà un peu souffrant depuis quelques jours, le diagnostic peut être fort difficile. Je ne saurais donc trop vous recommander une grande réserve dans vos réponses aux parents inquiets, anxieux de savoir de quelle affection leur enfant est atteint. Mais s'il s'agit de quelque scarlatine ou de quelque rougeole, au bout de vingt-quatre heures, l'angine scarlatineuse ou celle de la rougeole vous permettra d'écarter l'idée d'une affection des méninges.

Mais s'il ne survient aucune éruption, s'il n'existe ni angine, ni otite, le diagnostic peut être des plus difficiles pendant plusieurs jours, aucune différence n'existant au début entre la congestion cérébrale de l'enfant et la méningite. Le fait se comprend d'autant mieux que, en somme, cette dernière débute, dans presque tous les cas, par de la congestion cérébrale.

Cependant, je dirai qu'un début brusque des phénomènes congestifs, comme celui que je vous indiquais tout à l'heure, n'est pas celui de la méningite, et j'ajoute que l'élévation subite de la température, qui appartient à la congestion cérébrale, n'est pas le fait de la méningite. D'ailleurs, bientôt, au bout de deux ou trois jours, le pouls, la température et le rythme respiratoire ne sont pas les mêmes. Le pouls est irrégulier, inégal, intermittent dans la méningite et comme je vous l'ai déjà dit tout à l'heure, à plusieurs reprises, il n'est point en rapport comme fréquence avec la température. Enfin, au bout de peu de temps viennent les phénomènes de la méningite qui tranchent le diagnostic; tandis que, dans la congestion cérébrale, tous les accidents cèdent généralement au bout de huit jours. Tels sont les cas de guérison de prétendues méningites tuberculeuses, qui ne sont purement et simplement que des cas de congestion cérébrale.

4° *La fièvre intermittente.*—La fièvre intermittente à forme pernicieuse est rare chez les enfants. Dans certains pays à fièvre, vous entendez parler d'enfants ayant succombé à un deuxième ou troisième accès de méningite. Ce sont là des cas de congestion cérébrale à poussées intermittentes, et vous les observerez chez des enfants qui n'ont pas encore atteint l'âge de deux ou deux ans et demi.

5° *La sclérose cérébrale* à poussées congestives ressemble aussi beaucoup à la méningite tuberculeuse. Au début, en effet, chez les petits enfants de neuf à dix mois ou de un à deux ans, il existera des douleurs de tête, de l'insomnie, une certaine chaleur des tempes, des vomissements, c'est-à-dire tous les phénomènes de congestion cérébrale survenant par poussées congestives avec agitation nocturne, cris de l'enfant, avec ou sans mouvements convulsifs. Le tout dure un ou deux jours, après lesquels les choses rentrent dans l'ordre. Mais au bout de quelques mois, les mêmes accidents se reproduisent avec une durée, une persistance plus grandes, pendant plusieurs jours avec fièvre, agitation nocturne, douleurs de tête, cris aigus; puis les vomissements s'accroissent, l'intolérance de l'estomac est manifeste; l'enfant vomit spontanément avec une sorte de hoquet comme dans la méningite. En même temps il existe un état saburral de la langue, de la constipation. Mais vous vous souviendrez que déjà l'enfant a eu plusieurs attaques antérieures. Cependant, au bout de huit à dix jours, vous constaterez cette fois du strabisme, de l'inégalité des pupilles et déjà vous prononcerez le mot de méningite, et vous

vous attendrez à des accidents comateux et à une mort prochaine, tandis qu'il n'en sera rien.

C'est ainsi que, dernièrement, j'étais mandé à Levallois, auprès d'un enfant à la mamelle, présentant des phénomènes semblables. Ne pouvant me rendre le jour même auprès de lui, on revenait dans la soirée me dire de ne pas me déranger, l'enfant étant sur le point de trépasser : on le considérait déjà comme mort. C'était un samedi. Or, le surlendemain lundi, le petit malade n'ayant pas succombé, on me priait de nouveau de l'aller voir. J'arrive et je trouve l'enfant dans un état pitoyable, mais avec tous les phénomènes d'une congestion cérébrale et non pas d'une méningite tuberculeuse. Je fis part de mes impressions au confrère qui soignait cet enfant, et nous nous demandâmes s'il ne s'agissait pas chez lui de quelque syphilis. Interrogeant aussitôt le père, nous apprîmes qu'il avait eu la vérole cinq ou six ans auparavant, vérole, disait-il, dont il avait été parfaitement guéri. Nous prescrivîmes immédiatement le sirop de Gibert et des frictions mercurielles. Le petit malade, sous l'influence du traitement, est aujourd'hui très bien guéri ; momentanément, du moins. D'ailleurs, l'enfant n'avait présenté aucun accident convulsif ni paralytique.

J'ajouterai, pour terminer, ce qui a trait au diagnostic différentiel, qu'un certain nombre d'enfants, filles et garçons, présentent souvent des céphalées plus ou moins intenses, et très préoccupantes à l'époque de leur éducation, à la suite d'un travail intellectuel exagéré, surtout dans les grandes villes. Ce sont là des céphalées de croissance qui, bien des fois, ont fait craindre un début d'accidents méningitiques. Il y a dans ce fait, une question de surmenage intellectuel chez des enfants qui ne sortent pas suffisamment. Ces céphalées de croissance, qui s'accompagnent quelquefois de vomissements, présentent ce caractère de cesser le soir par le sommeil de l'enfant. Elles déterminent quelquefois un certain amaigrissement ; elles ne sont pas intermittentes, mais persistent sans discontinuer, pendant des mois, voire même des années, si les conditions hygiéniques, dans lesquelles elles sont survenues, ne sont pas modifiées. Elles disparaissent généralement avec la cessation de tout travail, par la vie au grand air, etc. Ces céphalées s'observent chez les enfants âgés de sept à quinze ans.

Je citerai aussi, sans y insister, comme pouvant, pendant quelques jours, simuler la méningite, les douleurs de tête de certains petits migraineux, fils ou filles de parents goutteux ou rhumatisants, douleurs de tête qui prennent parfois une très grande intensité et s'accompagnent de nausées, vomissements, constipation, raideur du cou, etc. Enfin, vous savez que parfois aussi des accidents, méningitiques en apparence seulement, peuvent n'être autre chose que des phénomènes réflexes, dans certaines otites suppurantes, par exemple.—*Gazette des hôpitaux.*



## FORMULAIRE.

### Dyspepsie flatulente. — *Prof. Parvin.*

P.—Aloïne.....	1 grain
Résine de podophylline.....	1½ “
Extrait de noix vomique.....	3 grains
“ “ belladone .....	1 “

M.—Faire 12 pilules.

*Dose* : Une pilule après les repas.—*Leonard's Medical Journal.*

### Vomissements nerveux.—*Bartholow.*

P.—Huile de cajeput.....	1 drachme
Esprit de chloroforme.....	} ââ 1 once
Teinture de cannelle .....	

M.—*Dose* : Une cuillerée à thé toutes les demi-heures dans de la glycérine, du sirop ou de l'eau.

### Diarrhée putride.—*Bouchard.*

P.—Naphthaline.....	
Sucre .....	ââ 1½ drachme.
Essence de bergamote .....	1 à 2 gouttes

Diviser en 25 paquets.

*Dose* . 1 paquet toutes les heures.

### Blennorrhagie chronique.—*Ledetsch.*

P.—Quinine .....	15 grains
Glycérine .....	7 drachmes
Eau distillée .....	2½ onces

M.—En injections ; au début trois fois par jour, puis deux fois et finalement une fois.—*Cincinnati Lancet-Clinic.*

### Anasarque.—*Garnier.*

P.—Acide tannique.....	32 grains
Eau distillée .....	1 once
Sirop de quinquina.....	1 “

M.—*Dose* : Une cuillerée à thé trois fois par jour.—*L'Union médicale.*

---



---

# 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, FÉVRIER 1888.

---



---

Pour tout ce qui concerne l'Administration, s'adresser, **par lettre**, au Dr. A. Lamarche, Tiroir 2040, Bureau de Poste, Montréal. Tout ce qui regarde la Rédaction doit être adressé au Dr. H. E. Desrosiers, Tiroir 2040, Bureau de Poste, ou No 70, rue St. Denis, Montréal.

L'abonnement à l'*Union Médicale* est de \$3.00 par année pour les médecins, et de \$2.00 pour les étudiants, payable d'avance. Ce montant peut être remis par lettre enregistrée ou par mandat-poste payable au Dr. A. Lamarche.

MM. les abonnés sont priés de donner à l'administration avis de leur changement de résidence et d'avertir immédiatement s'il survenait quelque retard dans l'envoi ou quelque erreur dans l'adresse du journal.

L'*Union Médicale du Canada* étant le plus ancien journal de médecine publié en langue française sur le continent américain, est l'organe de publicité le plus direct offert aux pharmaciens, fabricants d'instruments de chirurgie et autres personnes faisant affaires avec les membres de la profession.

MM. AUVÉDEE PRINCE & C<sup>IE</sup>., négociants-commissionnaires, 36, Rue Lafayette à Paris, Franco sont les fermiers exclusifs de l'*Union Médicale* pour les annonces de maisons et de produits français et anglais.

Pour les annonces de produits canadiens ou des Etats-Unis, s'adresser à l'administration.

L'*Union Médicale* ne donne accès dans ses colonnes d'annonces qu'aux maisons et produits qu'elle croit pouvoir recommander à ses lecteurs.

Le seul agent-collecteur autorisé pour la ville de Montréal et la banlieue est M. N. LÉGARÉ.

Les manuscrits acceptés restent la propriété du journal.

Il est entendu que l'*Union Médicale* ne se rend pas responsable des opinions émises par ses collaborateurs et ses correspondants.

Tout ouvrage déposé à la Rédaction sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

---

## L'administration du chloroforme.

Au cours de la note dans laquelle il préconise l'administration du chloroforme à petites doses constamment soutenues, (note analysée plus haut, page 70), M. PAUL BONCOUR touche à quelques points très importants de l'anesthésie chirurgicale sur lesquels nous désirons à notre tour attirer l'attention du lecteur. Le sujet n'est pas nouveau, ayant déjà été traité à maintes reprises, même dans les colonnes de ce journal, mais il nous a paru que l'administration du chloroforme étant une opération parfois difficile, souvent compliquée, toujours importante, on ne saurait trop être au fait de ses détails ni être trop bien préparé à faire face aux difficultés

qu'elle présente et à l'imprévu des accidents qui lui ont fait une si triste renommée.

M. BONCOUR émet d'abord l'axiome préliminaire suivant : *le chloroforme doit être aussi pur que possible.* Il est certain que dans un certain nombre de cas l'impureté du chloroforme doit être considérée comme la cause principale soit des accidents, soit du retard dans l'apparition du sommeil. Le procédé de Dajardin-Beau-metz doit suffire, dans la majorité des cas, à nous renseigner sur la qualité du chloroforme employé.

*Nous nous servons d'un simple mouchoir non déplié ou d'une compresse. Nous ne faisons jamais usage du cornet qui, pour nous, est inférieur au mouchoir.*—Le mouchoir ou la compresse a sur le cornet l'avantage d'être constamment sous la main, et le désavantage de produire une plus grande déperdition de vapeurs anesthésiques.

*Avant de commencer l'anesthésie, il est indispensable de faire un examen complet du malade.*—Cette précaution n'est jamais inutile et dans beaucoup de cas elle est absolument nécessaire. Nombre d'accidents auraient pu vraisemblablement être évités si l'on avait eu, au préalable, la précaution d'examiner le cœur ou les poumons du sujet à anesthésier. Cet examen est de mise, même quand le malade présente toutes les apparences d'une santé parfaite d'ailleurs ; au reste, c'est quand un accident est survenu, en dépit de toutes les précautions possibles, que l'on a lieu de s'applaudir d'avoir examiné avec soin les organes importants avant d'anesthésier le malade. Dans le cas d'une enquête judiciaire, le médecin se sent alors infiniment plus à l'aise. On conseille particulièrement d'examiner la bouche avec soin et de faire enlever toutes les fausses dents. Des cas ont été rapportés d'asphyxie produite par la chute d'un appareil dentaire dans la gorge.

*Il est utile de débarrasser le cou de tout ce qui peut le gêner ou le comprimer, de même pour la poitrine et le ventre.*—Cette mesure est généralement observée, et nous croyons inutile d'insister ; nous dirons seulement que pour aucune considération on ne doit administrer un anesthésique à une femme qui ne se serait pas débarrassée de son corset.

*Autant que possible le silence doit être observé autour du malade.*—Il est de fait que les conversations inutiles (à plus forte raison les bavardages) devraient cesser au seuil de la salle d'opération, mais c'est là un point fort souvent négligé dans la pratique courante. Comme le fait remarquer M. BONCOUR, la moindre conversation devant éveiller l'attention du malade, retarde d'autant l'anesthésie. Le patient étant complètement anesthésié, nous ne voyons pas non plus pourquoi l'on continuerait à causer autour de lui. Tous ceux qui ont opéré savent combien ces conversations sont agaçantes pour le chirurgien à qui elles peuvent donner des distractions sérieuses, voir même compromettantes pour le succès

de l'opération. Cependant, M. BONCOUR croit qu'il est bon que celui qui donne le chloroforme fasse causer quelque peu le malade, au moins durant les premiers temps de l'inhalation. On distrait ainsi l'attention du malade d'un sujet qui le préoccupe, et l'on favorise par là même la rapidité de l'absorption en favorisant la régularité de la respiration.

*Le médecin chargé du chloroforme ne doit pas se distraire un seul instant de sa fonction.*—Cette règle est aussi élémentaire que mal observée, et plus d'un malheureux opéré a dû à sa non-observance de passer tout doucement dans un monde meilleur. Nous suggérerions de convertir la proposition en celle-ci: la chloroformisation ne doit jamais être confiée à un chirurgien, attendu qu'un chirurgien ne saurait se désintéresser complètement de l'opération, condition nécessaire, comme il vient d'être dit.

*La pupille doit être observée attentivement.*—Nous ne saurions trop insister sur l'importance de cette recommandation. L'état de la pupille est un guide presque aussi sûr dans la détermination de la dose à administrer que celui du pouls, de la respiration ou de la sensibilité conjonctivale. Les règles suivantes posées par Henry J. Nelson (1) nous semblent des plus judicieuses: "Tant que la pupille se dilate sous l'influence d'une douleur quelconque: pincement, piqûre, le malade n'est pas encore suffisamment endormi pour qu'il soit possible de commencer l'opération. Quand la pupille se contracte énergiquement et s'immobilise, on ne doit plus donner de chloroforme, tant que la pupille ne fait pas mine de se dilater de nouveau. Si, alors, il faut encore prolonger l'anesthésie, on donnera un peu de chloroforme, de manière à faire de nouveau contracter la pupille. Bien mieux que le pouls et la respiration, l'état de la pupille indique le degré d'anesthésie où en est arrivé le malade. L'insensibilité de la conjonctive est loin de toujours indiquer ce degré d'anesthésie, car dans beaucoup de cas la conjonctive est déjà insensible alors que la sensibilité générale est encore assez bien conservée pour empêcher toute opération. L'examen de la pupille, enfin, indique assez bien l'effet produit par le chloroforme sur la circulation, ses dimensions étant en rapport constant avec la pression sanguine dans les vaisseaux."

Tous les auteurs s'accordent à dire que lorsqu'on voit la pupille se dilater brusquement et largement, au cours du sommeil chloroformique, cela indique un danger, et un grand danger immédiat.

Quant à la respiration et à la circulation, est il bien nécessaire de rappeler que toutes deux doivent être attentivement observées, surtout la première. On sait d'ailleurs que la syncope respiratoire ou arrêt subit de la respiration précède presque toujours la syncope circulatoire ou arrêt du cœur. En deux mots, si la respiration devient haletante, irrégulière, ou s'arrête, danger. Si le pouls

(1) *British Medical Journal*, 30 juillet 1887.

devient rapide, irrégulier, danger encore. Les accidents circulatoires sont généralement moins à redouter que les accidents respiratoires, et parmi ces derniers, la syncope est la plus dangereuse comme aussi la plus fréquente. Avec un peu de précautions, il est toujours facile de prévenir l'asphyxie, tandis que la syncope déjoue parfois tous nos moyens thérapeutiques.

Quelque soit le mode que l'on adopte pour l'administration du chloroforme, les précautions que nous venons de passer en revue s'imposent dans tous les cas, et il suffit de bien comprendre leur importance pour être convaincu de la vérité du fait que la chloroformisation est chose toujours très grave, et nul ne peut dire, avant d'endormir son malade, si celui-ci se réveillera jamais du sommeil anesthésique dans lequel il va être plongé. Il y toujours de l'inconnu dans la chloroformisation, parce qu'il peut toujours y avoir de l'imprévu.

### Les Sages-femmes.

La correspondance de M. le docteur C\*\*\*\* au sujet de la question des sages femmes expose d'une façon assez nette la position faite aux médecins pratiquant à la campagne par les dispositions de l'*Acte médical*. Elle n'est pas la seule que nous ayons reçue à ce sujet. Dans toutes on se plaint d'un état de choses qui, pour peu que cela continue, rendra tout simplement ridicule et intenable la position du médecin vis-à-vis du public.

Le remède aux maux dont M. le Dr. C\*\*\*\* se plaint avec tant d'à propos est tout entier dans les amendements que, dans quelque temps, le parlement sera appelé à faire subir à notre *Acte médical*.

D'après la loi qui nous régit actuellement, l'amende constitue la seule pénalité imposée à tout individu pratiquant illégalement la médecine. Cette regrettable lacune a été comblée dans les nouveaux amendements qui comportent que "toute personne non licenciée en cette province pour pratiquer la médecine etc., soit pour argent ou effets etc, encourt une amende de cinquante piastres," et que "le défendeur, à défaut de paiement de la pénalité et des frais, dans les quinze jours qui suivent la reddition du jugement, est soumis à un emprisonnement de soixante jours." Enfin, il est statué que "si la personne condamnée est une femme, l'emprisonnement sera de trente jours et, en cas de récidive, de trois mois." (1)

(1) Voir UNION MÉDICALE DU CANADA, 1887, livraison de novembre, page 588 et suivantes.

Mais ces amendements sont encore à l'état de projet, et qui sait si les *sages* de notre législature les jugeront dignes de devenir loi.

Le Bureau provincial de Médecine s'emploie-t-il suffisamment à presser l'adoption de l'*Acte médical* tel qu'amendé? C'est certainement plus que nous ne saurions dire. Parmi nos gouverneurs, il en est, nous le savons, de très actifs et de très bien disposés à promouvoir les intérêts du corps professionnel, comme il en est aussi qui, apathiques ou indifférents, semblent se complaire dans l'ornière de la routine où ils cheminent aussi en arrière des autres que possible. Inutile de compter sur ces derniers. Quant aux autres, quelque zèle qu'ils déploient, ils ne peuvent certainement pas tout faire à eux seuls, surtout si leur activité vient se heurter fatalement au mauvais vouloir des membres de la législature. Nous prions tous ceux qui ont quelque raison de se plaindre des lenteurs et de l'apathie du Bureau provincial de médecine, de vouloir bien songer que le parlement est tout puissant, et que si le *Bill médical* actuel ne renferme pas toutes les dispositions nécessaires à la répression efficace du charlatanisme, la faute en est à nos intelligents députés qui, dans la crainte de perdre de leur popularité dans leurs districts électoraux, s'empressent d'éliminer soigneusement de nos lois tout ce qui semble porter atteinte aux privilèges du *peuple*: " Ah ! les médecins veulent faire la guerre aux *ramancheurs*, vendeurs de racines, herboristes, etc., à ces bien-faiteurs de l'humanité qui font le bien sans demander de récompense ! Ah ! les médecins veulent se débarrasser des *sages-femmes* qui rendent de si grands services (?) parmi nos populations rurales ! Ah ! les médecins veulent avoir un tarif légalement fixé afin de pouvoir tout à leur aise gréver le pauvre peuple et s'engraisser à ses dépens ! Eh bien, nous allons voir qui des deux l'emportera, le Bureau de médecine ou le pauvre peuple représenté par ses députés ! " Et quand le *Bill médical* en est arrivé à sa deuxième lecture, la majorité des députés se lèvent comme un seul homme pour l'amender, le raccourcir, de façon à le rendre aussi anodin que possible.

Ce qui précède n'est malheureusement que l'exacte vérité, et nous nous souvenons même avoir entendu naguère un des membres du cabinet provincial d'alors, dire à un médecin qui lui parlait de notre malheureux tarif: " Mon cher docteur, je compte que vous et votre tarif ne viendrez pas devant le parlement à la veille des élections. Vous nous forcerez de vous renvoyer aux kalendes grecques ! " C'est ainsi que nous sommes protégés !

Quant à la question des *sages-femmes*, il est hors de doute qu'elle mérite d'être traitée très sérieusement, et M. le docteur C\*\*\* a plus d'une excellente raison de demander qu'on s'en occupe.

" J'aurais un extrême plaisir, nous écrivait-il ces jours derniers, à voir un des gouverneurs du Bureau venir constater *de visu* à N\* l'opposition que peuvent faire au médecin cinq à six *sages-fem-*

mes déterminées à pratiquer leur art. Il se rendrait compte du nombre d'enfants mort-nés, du nombre de métroréites, de prolapsus utérins etc., dont il se rend responsable par sa négligence à nous protéger.....Si mon calcul est juste, sur 100.000 enfants, environ, qui naissent chaque année, il y en aurait au moins 3.000 à 4.000 qui sont tués par les manœuvres des sages-femmes. Ici, à N\*\*\* sur 100 naissances, il y a en moyenne 5 à 6 mort-nés. N'est il pas grand temps de réagir contre un semblable état de choses ? ”

A Montréal, nous avons aussi nos sages-femmes, et elles sont nombreuses, mais, si nous sommes bien informés, elles pratiquent avec licence pour la plupart et ne le font du reste que dans une certaine classe de la société. Sont-elles absolument sans reproches ? Nous ne saurions l'affirmer. Quoiqu'il en soit, nous avons, moins que nos confrères de la campagne, sujet de nous en plaindre. Les herboristes et marchands de racines nous font une concurrence bien plus sérieuse. Quant aux charlatans exotiques qui promènent leur personnalité de ville en village à grand renfort de réclames, qu'ils nous viennent de Buffalo ou de Blagueville, qu'ils s'appellent Kergan ou Purgeroide, nous les avons naguère si malés à la vindicte du Bureau représenté par M. Lamirande. Rien ne semble avoir été fait, puisque voici le Kergan et ses compères qui nous arrivent dorechef. Courbons la tête, nous aussi ! Nous n'avons rien à envier à nos confrères de la campagne.

Malgré ces mauvais pronostics et autres signes que nous croyons constater, nous espérons encore, pourtant, que les amendements à l'Acte médical seront adoptés sans trop de modifications par la législature, et que nous pourrons enfin nous sentir protégés contre les légions de mauvais farceurs, hommes et femmes, qui pratiquent illégalement la médecine et la pharmacie.

---

### Visite des Etudiants de l'Université Laval à l'Asile des Aliénés de St. Jean de Dieu.

---

Mercredi, le 1er février, les élèves en médecine de l'Université Laval, accompagnés de quelques-uns de leurs professeurs, ont fait, avec permission des autorités compétentes, leur visite annuelle à l'Asile St. Jean de Dieu. Deux immenses sicghs attelés de huit chevaux emportaient la bando joyeuse qui, une heure plus tard, s'engouffrait muette et recueillie dans la cité des fous. Les visiteurs furent reçus par la Révérende Sœur Thérèse de Jésus, Supérieure de l'Institution, M. le Dr E. J. Bourque, médecin en chef, et M. le Dr. A. Barolet, médecin-assistant, et Dieu sait quels prodiges d'affabilité, de complaisance, de bonne grâce ils durent faire pour contenter la curiosité des carabins—et de leurs maîtres.

L'asile compte en ce moment une population de onze cent cinquante malades, champ d'observation fertile qui, trois heures durant, a fourni au savant médecin en chef une clinique rapide et concise sur la presque totalité des affections mentales.

Comme on le sait, l'enseignement de cette partie des connaissances médicales est nul dans nos écoles, faute de temps probablement. Aussi, l'étudiant qui sait d'avance qu'il ne tardera guère à venir en contact, au début de sa pratique, avec cette classe de patients, est-il tout yeux et tout oreilles quand il trouve l'occasion de parcourir cette partie sauvage et inexplorée de son domaine. Messieurs du Laval n'ont pas manqué de profiter du bon moment et des bonnes gens; toute la population y a passé et nous sommes bien convaincu que la clinique de M. le Dr. Bourque laissera après elle autant de souvenirs scientifiques que d'urbanité.

Nous nous reconnaissons, de la meilleure grâce du monde et pour bonnes raisons, incompetent à juger de la bonne ou mauvaise gestion hygiénique et scientifique d'un asile d'aliénés, mais il n'est que justice de proclamer qu'il nous reste de notre visite à l'asile St. Jean de Dieu, le 1er février, un parfum de propreté que nous voudrions voir resplendir dans beaucoup de familles où les gens ne voudraient pas être classifiés comme gâteaux. Quant à la classification et au traitement des malades, il y a tant de gens qui en parlent et en écrivent les pieds sur les chenets, sans en connaître un traître mot, que nous déclinons l'honneur, pour les raisons énoncées ci-dessus, d'emboîter le pas. Le "doctus cum libro" n'est pas souvent prêt à affronter la transquestion. Il nous semble qu'il est aussi difficile de faire une classification d'aliénés qu'une classification des médicaments de la pharmacopée—qui puisse convenir à tous. En cela il y a beaucoup de relatif et de conventionnel. Le bon sens et mille et une circonstances peuvent aider, éclairer les incertitudes de la science; c'est un achèvement vers la solution de problèmes qu'il n'est pas toujours possible de résoudre entre la poire et le fromage.

Il est à regretter que nos écoles ne puissent utiliser davantage, pour le plus grand bien de la société, un champ si fertile d'observation, ne serait-ce que pour apprendre au médecin à faire un diagnostic assez précoce pour ne pas livrer neuf fois sur dix un incurable entre les mains du médecin aliéniste. Voilà pourtant où nous en sommes!

Sans y être autorisé officiellement, nous croyons être l'interprète de messieurs les élèves en médecine de l'Université Laval à Montréal, en remerciant publiquement les autorités religieuses et médicales de l'asile des Aliénés de St. Jean de Dieu de leur bienveillante et cordiale hospitalité, et des efforts heureux qu'elles ont faits pour rendre la visite de ces messieurs agréable et utile.



## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

POTTER. — **Handbook of Materia Medica, Pharmacy and Therapeutics**; including the physiological action of drugs, the special therapeutics of disease, official and extemporaneous pharmacy and minute directions for prescription writing, by Sam'l O. L. Potter, M. A., M. D.,—Philadelphia, P. Blackiston, Son & Co., 1012 Walnut Street, 1887,—Octavo de 800 pages. Prix \$3.00.

Voilà probablement le livre le plus pratique qu'on ait encore offert au praticien affairé, écrit par un auteur américain et basé sur la pharmacopée en usage parmi nous. Comme le dit l'auteur, c'est un travail de compilation, mais nous en connaissons plus d'une qui ne la vaut pas, et celle-ci a plus de mérite réel que beaucoup de travaux originaux.

Nous ne croyons pas être trop sévère en disant que le praticien, en général, a une tendance à s'absorber dans une routine pharmaceutique qui restreint sa puissance d'intervention et qui expose le thérapeute à devenir avec le temps et l'habitude un médecin à tiroirs. Pour notre part nous sommes assez disposé à admettre que les auteurs de traités de matière médicale ont contribué pour leur part à cet état de chose, si nous en jugeons par le peu d'attrait et de profit que procurent la lecture de leurs livres où l'on trouve souvent tout ce dont on aura besoin plus tard. Et puis, nous ne le savons que trop, le praticien qui n'a pas le loisir de faire une étude approfondie de la matière médicale et de l'action physiologique des médicaments a besoin qu'on lui mette sous les yeux l'application du remède, qu'on lui construise au besoin une prescription intelligente et intelligible qui soit comme l'exemple qui démontre et explique le fait.

Voilà, suivant nous, ce qu'a fait Potter. Examinez le malade, établissez votre diagnostic, puis ouvrez son traité, et d'un coup d'œil vous y verrez s'élucider les grands traits du traitement et les indications particulières de chaque médicament. Il va sans dire que cela exige des connaissances antérieures, oui, mais pas spéciales, pas transcendantes. C'est clair, concis et bien nomenclaturé.

A. L.

Rapport du Surintendant de l'Instruction publique de la province de Québec, pour l'année 1885 86. Imprimé par ordre de la Législature, Québec.

L'ouvrage du professeur L. A. SAYRE, sur la chirurgie orthopédique, vient d'être traduit en allemand.