

## Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

Pagination continue.

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

# TRAVAUX ORIGINAUX.

## La Pustule maligne.

LA THÉORIE DE PASTEUR ET LA MÉDICATION NOUVELLE.

Pasteur, travaillant toujours à sa théorie des germes, vient de faire une nouvelle découverte au sujet des maladies charbonneuses qui ravagent si souvent nos campagnes, jetant la désolation et le deuil sur nos fermes.

Cette découverte peut se résumer dans la formule suivante, qui est la conclusion de son rapport à l'Académie des Sciences.

“ De la terre recueillie au-dessus des fosses où sont enfouis des animaux charbonneux depuis plusieurs années, convenablement traitée, est susceptible de produire le charbon par inoculation. Les vers de terre sont les agents qui ramènent constamment les germes morbides, de la profondeur des fosses à la superficie du sol, au moyen de leurs excréments.

M. Colin, si souvent incrédule, a nié le fait; une commission académique a été organisée, et M. Villemain a fait le rapport suivant :

Trois sortes de terre ont été expérimentées :

1<sup>o</sup> Une terre recueillie sur une fosse où des animaux charbonneux avaient été enfouis depuis douze ans.

2<sup>o</sup> Une terre recueillie sur une fosse où des animaux charbonneux avaient été enfouis depuis trois ans.

3<sup>o</sup> Une terre *vierge*, c'est-à-dire, recueillie sur de terrain où, de mémoire d'homme, il n'avait pas été enfoui d'animaux charbonneux.

Des expériences ont été pratiquées en outre avec des excréments de vers de terre provenant des deux premières fosses. Huit séries d'expériences ont été instituées par la commission, avec tout le soin et toutes les précautions exigées en pareille matière. Toutes furent concluantes en faveur de Pasteur.

Il résulte de ces faits, qui doivent venir à la connaissance publique, par tous les moyens et le plus vite possible, que nous n'avons à notre disposition qu'une seule ressource contre un mal qui semble pousser avec l'herbe de nos champs, c'est l'incinération, c'est le feu.

Les autorités,—le conseil d'agriculture, je suppose,—devraient voir à ce que des circulaires soient envoyées dans chaque localité, recommandant la destruction immédiate par le feu de tout animal charbonneux. Il faut se mettre à l'œuvre, guetter les travaux de la science, et mettre en pratique sans hésitation ses commandements.

Je profiterai de l'occasion qui se présente tout naturellement au sujet de ces expériences, pour dire un mot du charbon tant au point de vue patho-génique que thérapeutique. La pustule maligne est si souvent désespérante qu'il faut signaler sans retard les différents points de vue nouveaux auxquels il faut se placer d'une manière rationnelle, pour pouvoir espérer un triomphe sur cette terrible maladie.

Ce qui constitue la bacteridie est bien la lacterie, c'est-à-dire, le développement d'un germe qui empoisonne l'organisme par un travail prolifique prompt.

Or, nous devons viser à la destruction de ce germe qui constitue l'empoisonnement. Les caustiques ordinaires jusqu'ici ont été les seuls agents destructeurs de la pustule que la thérapeutique inquiète et hésitante nous conseille contre elle.

Les notions nouvelles sur la nature de cette maladie et de nouveaux agents médicamenteux ont fait penser à un nouveau traitement.

En effet, n'existe-t-il pas de substances qui détruisent la formation des germes, qui détruisent le germe lui-même? Le caustique a bien ce but, mais l'atteint-il aussi sûrement qu'il est nécessaire? Non.

L'on sait que certains désinfectants agissent par la destruction des germes qui se développent dans les substances agissant comme infectants. Pourquoi l'acide carbolique, qui agit de cette manière, ne jouerait-il pas le même rôle dans la pustule?

Destruction donc de l'élément virulent.

Injection hypodermique de l'acide carbolique pur dans la vésicule elle-même; injection de l'acide carbolique dilué, solution forte, dans la zone voisine de la pustule; injection de l'acide carbolique dilué, solution faible, dans toute l'étendue des tissus œdémateux.

Un auteur conseille en place de l'acide carbolique l'iode *intra* et *extra* :

Iode pulv.....	grs V
Aqua .....	lb i

Ajoutez iode pot. grs X pour empêcher la précipitation de l'iode. Injection hypodermique et à l'intérieur.

Le système nerveux, subissant une prostration profonde, recouvrera de l'assistance de l'acétate d'ammoniaque et des stimulants qui ne doivent pas être épargnés.

Puis la période d'épuisement indiquera l'emploi des toniques les plus énergiques.

La saison où nous sommes est la saison des maladies charbonneuses, ou plutôt de la bactériémie; en attendant que la médication préventive soit mise en pratique et fasse disparaître ce fléau redoutable, qu'on mette à l'épreuve la nouvelle médication qui semble offrir les garanties qu'on ont fait défaut jusqu'ici à toute médication.

SÉVERIN LACHAPPELLE.

---

## REVUE DES JOURNAUX.

---

### PATHOLOGIE ET CLINIQUE MÉDICALES.

---

**Traitement du chancre simple.** — Affection locale, le chancre simple ne réclame qu'un traitement local, et c'est celui-ci seul que nous aurons en vue. Nous laisserons donc de côté, pour aujourd'hui, les complications qui viennent quelquefois l'arrêter dans son évolution naturelle vers la guérison, comme le bubon et le phagédénisme.

Et d'abord, pas de dépuratifs, ni d'altérants, ni d'antisyphilitiques surtout. Le mercure, entre autres, est inutile et même nuisible; c'est un appoint pour le phagédénisme. Remarquons cependant que si le sujet présente des traces de scrofule, de lymphatisme, de débilitation, il faudra y remédier par un régime approprié, par les toniques, l'huile de foie de morue, le quinquina; et si le sujet est pléthorique, il sera indiqué de le soumettre à un régime sévère.

Le traitement local exige une attention particulière. Le chancre, n'est, il est vrai, qu'une petite plaie de 0,01 centimètre en moyenne, qui guérirait en 5 ou 6 jours chez un sujet bien portant; mais, il lui faut, au minimum, plusieurs semaines et souvent plusieurs mois, parce que c'est un ulcère spécifique, et que cet ulcère, à cause de sa spécificité, tend toujours à s'accroître. Il faut donc tendre à le transformer en plaie simple par un moyen quelconque, et ce moyen nous

l'avons, il est unique : c'est la cautérisation. Alors, la plaie ne demande qu'à s'éteindre et à se cicatriser ; il n'y a plus de chancre. On en a la preuve par l'inoculation du pus de cette plaie ainsi modifiée : elle est sans résultat ; or, vous savez qu'on peut reproduire à l'infini, par inoculation, de nouveaux chancres simples.

Quel caustique faut-il employer pour arriver à ce résultat ?... un caustique fort, énergique, destructeur, un escharotique en un mot, les caustiques faibles, les cathérétiques, par exemple, ne produisent rien, surtout le nitrate d'argent qui est parfaitement insuffisant, quelque profonde que soit la cautérisation ; et la preuve, c'est qu'après son emploi l'inoculation reproduit toujours un chancre.

Parmi les escharotiques, on peut choisir entre la potasse, la pâte de Vienne, la pâte de Canquoin ; les acides nitrique, sulfurique, etc... Pour le professeur Fournier, le meilleur est le carbo-sulfurique ou caustique de Ricord, dont voici la composition : on fait un mélange d'acide sulfurique et de charbon de façon à avoir une pâte de consistance analogue à celle du cirage. Pour s'en servir, on en prend gros comme une lentille sur une spatule ou une allumette ; on la met sur la plaie, et on la laisse ; elle se détache après quelques jours et on ne trouve au-dessous qu'une petite plaie où la cicatrisation déjà faite.

Le résultat est merveilleux ; si la cautérisation a été bien faite, le chancre est tué sur place (Ricord) ; et de plus, il est anéanti en tant qu'origine possible de complications spécifiques : inflammation, bubon, phagédénisme, et au point de vue de la contagion. La douleur est assez vive, mais elle disparaît presque immédiatement. La cicatrice que laisse la cautérisation est persistante mais limitée : si celle-ci n'était pas profonde, si la surface du chancre n'était pas cautérisée intégralement, si on laissait un petit coin, il resterait une gouttelette de pus qui rallumerait l'incendie, et on n'aurait aucun résultat.

Cette méthode, par excellence est cependant assez rarement appliquée en pratique. Cela tient à ce qu'elle a des contre-indications nombreuses, tandis qu'il n'y a vraiment que deux indications, qui sont les suivantes : 1<sup>o</sup> il faut que le chancre soit naissant et petit : alors l'indication est formelle ; 2<sup>o</sup> S'il y a tendance au phagédénisme : alors il faut cautériser violemment. Mais vous ne cautérisez pas dans les cas suivants : 1<sup>o</sup> si le chancre a déjà acquis son développement complet ou presque complet ; il n'y a pas d'intérêt réel à agir, la cicatrisation se fera seule ; 2<sup>o</sup> s'il ne peut être atteint dans toute son étendue, à cause de ses replis, de sa disposition ; 3<sup>o</sup> s'il y a des chancres d'inoculation au voisinage, ou si l'on soupçonne qu'il

ya un chancre primitif caché dans les replis de la peau, comme à la partie profonde du prépuce, par exemple, dans les cas de phymosis. En tout cas, si l'on a plusieurs chancres voisins, il faut les cautériser tous, ou pas du tout.

4<sup>o</sup> On ne fera pas la cautérisation, si elle exposait à des délabrements trop considérables ou à des dangers locaux, tels que la perforation du prépuce ou l'atrésie du méat urinaire ou de l'anus, ce qui pourrait arriver, si on touchait trop fortement les chancres de ces deux orifices.

5<sup>o</sup> Enfin, si elle devait entraîner des cicatrices trop apparentes, très-déplaisantes aux malades comme vous le savez, car ainsi que l'a dit Ricord, les organes génitaux ont leur coquetterie comme le visage.

La cautérisation n'est donc qu'une méthode de début et on ne peut la mettre en pratique que pendant un temps assez court. Cette période passée, on est bien moins puissant et moins maître de la situation. Que faut-il faire alors? Trois choses seulement :

1<sup>o</sup> Isoler le chancre ;

2<sup>o</sup> Lui opposer une hygiène convenable ;

3<sup>o</sup> Le modifier par des topiques appropriés.

1<sup>o</sup> Il faut isoler le chancre, pour qu'il ne fasse pas de petits autour de lui, pour qu'il ne repullule pas : on remplit cette condition par des pansement bien faits.

2<sup>o</sup> Une bonne hygiène est surtout nécessaire pour prévenir les complications. Le malade devra donc éviter les fatigues de toute espèce, les marches forcées, la danse, les excès alcooliques. Localement, des soins de propreté minutieux sont indispensables ; d'où, ablutions fréquentes avec eau de guimauve, de pavots ou l'eau simple. Les bains sont de la plus grande utilité, essentiels même et on doit en prendre tous les deux jours au début.

Les pansements seront fréquents : trois ou quatre par jour, et très-soigneusement faits ; et il faudra toujours avoir soin de mouiller la plaie, afin de ne point déchirer les vaisseaux et la faire saigner.

3<sup>o</sup> La troisième indication est de modifier le chancre par des topiques appropriés. Voici quels sont les meilleurs ; 1<sup>o</sup> Le tartrate ferro-potassique dans la proportion de 3 ou 4 gr. pour 30. — 2<sup>o</sup> L'iodoforme, qui agit très-rapidement dans certains cas et ne fait absolument rien dans certains autres. 3<sup>o</sup> Enfin, le nitrate d'argent qui constitue encore ce qu'on a de mieux. On l'emploie à 1 gramme pour 30 ; c'est la solution que l'expérience a montré la plus avantageuse. On en imbibe de petits plumbeaux de charpie qu'on laisse à demeure sur le

le chancre et on renouvelle ce pansement trois ou quatre fois par jour. De cette façon, le nitrate d'argent n'est pas caustique; mais c'est un pansement sale qui noircit tout.

Le nitrate d'argent ne convient qu'à la période d'augmentation et d'état du chancre: il ne faut pas l'employer à la période ultime où le chancre est rouge, bourgeonnant et serait irrité par l'application de ce topique. Ce qu'il y a de mieux alors, c'est de le panser avec de la charpie sèche seulement.

Maintenant, que faut-il ne pas faire dans le traitement du chancre? d'abord, s'abstenir absolument de cautérisations au crayon de nitrate d'argent, qui ne font qu'irriter le chancre sans le modifier. — 2<sup>o</sup> S'abstenir également des pommades et corps gras en général; les pommades sont détestables: elles favorisent même le phagédénisme et parmi elles aucune n'est plus nuisible que l'onguent napolitain.

**Influence de la fonction menstruelle sur la marche de la phthisie pulmonaire**, par le Dr DAREMBERG.—Notre confrère ayant été frappé de la marche par saccades, par bouffées, avec alternatives constantes d'amélioration et de rechute de la phthisie chez les femmes, a étudié avec grand soin l'influence de la fonction menstruelle sur la marche de cette affection pulmonaire, et a publié le résultat de ses recherches dans un mémoire paru dans les *Archives de médecine*, dont voici la substance :

M. Daremberg croit que c'est à la fonction menstruelle qu'on peut rapporter un certain nombre de ces particularités. Il s'efforce de prouver par des faits que, chez la femme régulièrement réglée, la menstruation peut quelquefois être la cause occasionnelle du développement de la phthisie pulmonaire, qui sans elle aurait pu rester latente, toujours, ou tout au moins pendant un certain temps. Lorsque la phthisie est établie, la menstruation peut quelquefois être la source de poussées congestives simples, hémorrhagiques ou inflammatoires, soit autour des lésions existantes, soit dans des points jusque-là indemnes. Quant au moment des époques l'écoulement fait défaut, tandis que la conservation intacte du moi-même congestif démontre la persistance de l'orgasme ovarien; les congestions menstruelles sont encore plus intenses et plus dangereuses.

Chez les femmes phthisiques, il faudra donc toujours surveiller les poumons aux environs de l'époque menstruelle. À la moindre alerte de ce côté, il faudra calmer l'excitation nar-

veuse et vasculaire (digitale, bromure de potassium, etc.), recommander le repos absolu et agir sur les lésions pulmonaires par des révulsifs énergiques. Et cela pendant plusieurs époques consécutives. Quand chez les femmes phthisiques, à la période menstruelle ou à la période critique de la ménopause, l'écoulement sanguin cesse, pendant que le molimen ovarien continue, il faut prescrire le traitement qui précède et essayer de faire revenir les règles, d'abord par des moyens externes, puis, si on ne réussit pas, par l'emploi très prudent des purgatifs et des emménagogues internes; si même on ne parvenait pas à rappeler les règles, on obtiendrait l'effet dérivatif que l'on cherche. M. Daremberg ajoute encore que: 1o. la suppression brusque des règles ne peut pas faire naître de toutes pièces la tuberculose, mais qu'elle peut la développer chez des femmes prédisposées; 2o. après l'accouchement les phénomènes de congestion pulmonaire d'origine réflexe sont à craindre; 3o. lorsque les deux fonctions utérine et ovarienne sont supprimées, à la suite de la ménopause complète, physiologique ou pathologique, les congestions menstruelles ne sont plus à redouter.

---

**Du lavage de l'estomac.**—Ce procédé thérapeutique paraît se généraliser d'une façon telle depuis un certain temps, que nous croyons utile d'indiquer quels sont les progrès faits par cette méthode depuis que nous avons eu l'occasion d'en parler et que nous avons décrit le tube-siphon de M. Faucher qui a rendu cette médication d'une application facile. De nombreux travaux ont été publiés sur cette question; nous emprunterons surtout aux mémoires de M. Bucquoy et de M. C. Paul publiés dans la *Gazette hebdomadaire* et le *Bulletin de thérapeutique* quelques-uns des détails que nous donnerons ici: M. Bucquoy en effet est un des premiers promoteurs de cette méthode empruntée, comme l'on sait, à Kussmaul et nous avons déjà rapporté quelques-uns des faits étudiés par lui dans ses cliniques; il en a relaté un nouveau récemment relatif à un homme atteint d'une dilatation considérable de l'estomac consécutive à un retrécissement du pylore survenu lui-même après l'ingestion d'acide nitrique. Cet homme mourait littéralement de faim par suite d'une intolérance complète de l'estomac, lorsqu'il fut soumis au lavage stomacal avec le tube Faucher, une amélioration considérable se produisit alors très rapidement et le malade engraisa de plus de deux kilogrammes en quinze jours; toute fois il fut atteint de nouveaux accidents et succomba à la phthisie pulmonaire peu de temps après.



M. Bucquoy, dans son travail, insistait déjà beaucoup sur les diverses indications auxquelles pouvait répondre le lavage de l'estomac.

M. Constantin Paul surtout a étudié très longuement cette question, et a même exposé sur le procédé opératoire à employer des idées qu'il est utile d'indiquer ici. Tout d'abord il fait remarquer que, pour l'opération en question, la position assise du malade est la plus favorable; certains individus cependant, très pusillanimes et très craintifs devront être couchés les premières fois. Quant à l'instrument usité c'est le tube de Faucher avec cette restriction cependant qu'il peut être utile pendant les premiers jours d'employer la sonde rigide ordinaire pour vaincre le spasme œsophagien qui se produit quelquefois à ce moment, mais qui disparaît au bout de quelques séances; c'est pour remédier à cet inconvénient que M. Debove a fait construire un mandrin qui facilite dans ce cas beaucoup l'introduction du tube en caoutchouc souple; mais lorsque le malade introduit lui-même sa sonde, ce qui arrive toujours très rapidement, la flexibilité du tube au contraire est une condition nécessaire, puisqu'il entre par un véritable mouvement de déglutition. Il faut ajouter que M. Audhoui a fait construire un tube flexible à double courant qui faciliterait beaucoup le lavage de l'estomac, mais dans lequel le tube de sortie des liquides se trouve forcément assez rétréci, ce qui est un grave inconvénient.

Rappelons maintenant le mode d'introduction tel que le décrit M. Bucquoy et que nous l'avons déjà indiqué d'après M. Faucher: le tube étant légèrement humecté avec de l'eau (M. C. Paul conseille de le graisser avec de la vaseline, pendant les premiers jours seulement) le malade prend l'extrémité libre du tube, la porte dans le pharynx, et le pousse légèrement en faisant un mouvement de déglutition: il répète un certain nombre de fois ce mouvement de déglutition en guidant le tube avec la main; celui-ci pénètre assez rapidement dans l'estomac et le malade s'arrête quand il voit près des lèvres une marque tracée à 45 et 50 centimètres de l'extrémité libre, alors conclut le long de la grande courbure de l'estomac. Pour amorcer le siphon, le malade verse dans l'entonnoir de l'eau alcaline et après l'avoir rempli l'élève au-dessus de sa tête jusqu'à ce que le liquide ait pénétré presque tout entier; à ce moment, il abaisse l'entonnoir au-dessous du niveau de l'estomac, au-dessus d'une cuvette; on voit aussitôt l'entonnoir se remplir du contenu de la cavité stomacale et l'on constate qu'il revient en quantité de liquide plus considérable que celle qui a été introduite entraînant des résidus de digestion. L'opération est

répétée un certain nombre de fois et autant qu'il est nécessaire jusqu'à ce que l'eau revienne presque limpide. On emploie généralement pour cette opération une eau alcaline; M. C. Paul s'est bien trouvé de l'eau silicatée de Sail; ou d'une solution antiseptique contenant du thymol ou de l'hypo-sulfite de soude: pour terminer l'opération, il verse dans l'estomac deux ou trois cents grammes de lait. Les premiers liquides injectés sont tièdes parce qu'ils détergent mieux les parties; les derniers sont froids parce qu'ils constituent un meilleur pansement par les muqueuses, et provoquent plus facilement les contractions. Dans certains cas graves l'opération a été renouvelée deux fois par jour; dans les cas ordinaires une fois seulement pour commencer, puis moins souvent ensuite.

Quelle que soit l'affection stomacale ainsi traitée, on obtient presque immédiatement des résultats qui sont, d'après M. Paul: d'abord la cessation de la douleur, puis l'apparition au bout de quelques jours de garde-ropes spontanées (dans le cas de dilatation); enfin la réapparition de l'appétit et l'augmentation du poids beaucoup plus rapide qu'on aurait pu le croire. Actuellement du reste, le lavage de l'estomac n'est plus limité à la dilatation stomacale comme il l'était au début; il est appliqué à des affections très diverses. M. C. Paul cite des faits de gastralgie, de vomissements hystériques, de gastrites alcooliques qui ont été aussi complètement guéris; il a pu aussi soulager ainsi grandement une femme présentant des vomissements fécaloïdes et atteinte d'une hernie ombilicale; enfin dans le cancer de l'estomac, on atténue beaucoup les accidents et on peut même déterminer de notables améliorations passagères; MM. Bucquoy et Ferrand ont aussi observé des cas de guérison d'ulcères simples. M. Debove a également rapporté à cet égard dans le *Progrès médical* un cas de guérison extrêmement remarquable chez un malade atteint d'un ulcère simple probablement très ancien avec une intolérance absolue de l'estomac et un état de cachexie extrême. Les résultats favorables obtenus furent presque immédiats, et au bout de six semaines le malade qui avait augmenté de 100 à 125 grammes par jour, était en voie de guérison complète.

Dans son traité des Dyspepsies gastro-intestinales, M. le professeur Germain Sée cite aussi un certain nombre de faits qui démontrent bien l'utilité de cette méthode dans des affections stomacales d'ordre très divers: il cite en particulier le cas d'une jeune fille atteinte d'une anorexie grave; avec refus invincible de toute nourriture, arrivée au dernier degré de marasme et qui fut guérie après trois mois de ce traitement mécanique. Le professeur a vu enfin des vomissements incoer-

cibles ainsi arrêtés, des cancers très soulagés, et aussi des dyspepsies à forme cachectique pouvant faire croire à un cancer, complètement guéries. Il y a donc dans ce dernier cas, indépendamment d'un moyen de traitement un véritable moyen de diagnostic.

On voit par cette rapide énumération toute l'importance de ce nouveau mode de traitement qui joint à une très grande facilité d'emploi, une innocuité parfaite, car jusqu'ici, on n'a encore signalé aucun accident survenu par le fait de l'opération.—*Journal de médecine et de chirurgie.*

—

**L'oakum, son emploi contre les affections articulaires aiguës et chroniques.**—Ces affections sont du domaine de la chirurgie aussi bien que de la médecine. On sait combien sont variés, et surtout capricieux, les résultats du traitement par l'iode, les vésicatoires, etc. Nous désirons attirer l'attention des praticiens sur l'emploi d'une nouvelle substance, l'oakum, employé avec succès par M. Constantin Paul à l'hôpital Lariboisière. Voulez-vous savoir ce qu'est l'oakum? C'est tout simplement du chanvre imprégné de goudron. Les marins s'en servent pour calfater leurs embarcations. On peut se le procurer dans tous les ports de mer et même chez les droguistes. La première provision d'oakum employée par M. Constantin Paul est venue d'Angleterre et a été fournie par les pharmacies anglaises.

Ces jours derniers, nous avons été émerveillés de l'amélioration produite par l'oakum dans une arthrite blennorrhagique du genou chez la femme. L'articulation avait été complètement enveloppée avec ce chanvre goudronné, de 1 à 2 centimètres d'épaisseur, et laissé en permanence autour du genou.

M. Constantin Paul emploie aussi ce médicament dans l'*arthrite déformante*, dont il a considérablement amélioré un cas en quelques semaines.

L'oakum ne réussit pas seulement dans les affections articulaires, mais dans tous les cas où l'iode est recommandé en application. Il a produit les meilleurs effets dans la bronchite et il remplace aussi bien l'emplâtre de poix de Bourgogne.

La première application thérapeutique de l'oakum appartient à un ingénieur anglais, M. Verderman, qui l'aurait conseillé aux matelots qui souffraient de douleurs articulaires. C'est par le plus grand des hasards que le savant médecin de l'hôpital Lariboisière en a eu connaissance.—*Revue médicale.*  
—*Le Scalpel.*

## PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALES.

**Des méthodes antiseptiques, de l'acide phénique et du pansement de Lister.**— M. Boinet lit un long mémoire ayant pour but de servir à l'histoire de l'acide phénique et de ses premières applications en chirurgie. Dans ce travail, M. Boinet commence par passer en revue les différents produits de la houille, les huiles essentielles, les hydrocarbures, les phénols, reprochant aux étrangers d'introduire sous un nom quelconque, comme leur propre découverte, des produits français d'origine et d'application françaises.

C'est ainsi que, remontant à l'ingénieur français Philippe Lebon, qui démontrait, en 1785, que la houille pouvait remplacer le charbon, il cite successivement Chaumette, en 1815, comme parlant le premier des propriétés désinfectantes du coaltar; Guilbourg, en 1832, Bayard, dont le mémoire fut couronné en 1844; Dumas, en 1846, dont le traité de chimie énumérait les substances capables d'enlever la putréfaction, et notamment la créosote. Il arrive ensuite à Lemaire, qui se servait le premier, en 1859, de l'acide phénique en pansement pour détruire les pédiculi capitis et pubis; Lemaire qui publia en 1860 son premier mémoire sur l'action antiseptique de l'acide phénique, c'est-à-dire quelques années avant les travaux de Lister sur la même question. En 1863, Lemaire renfermant un nombre d'observations de malades traités par l'acide phénique et recommandant son emploi comme topique et en injections.

Enfin MM. Darricau et Petit publiaient en 1862 un grand nombre de faits cliniques relevés à l'hôpital civil de Bayonne, sur l'emploi du coaltar saponiné et de l'acide phénique. En 1867, M. Maisonneuve faisait tous ses pansements avec l'acide phénique; en 1860, Giraldès citait les heureux effets de ce même agent, dans ses leçons cliniques sur le pansement des plaies.

L'usage des pansements antiseptiques par l'acide phénique appartient donc aux chirurgiens français, à Lemaire tout le premier; et non pas à la chirurgie anglaise; non pas à Lister, qui, lorsqu'il fit ses premières recherches, feignit d'ignorer tout ce qui avait été fait avant lui.

M. Boinet reproche à M. Lucas Championnière de ne pas avoir suffisamment rendu justice à la chirurgie française. Dans le pansement qui porte aujourd'hui le nom de Lister, il n'y a

de nouveau, dit-il, que la mise en scène, il faut rendre à chacun ce qui lui appartient.

M. Lucas-Championnière regrette que M. Boinet n'ait pas lu son livre, ou tout au moins la partie qui touche à l'historique des méthodes antiseptiques. Lister n'a jamais eu la prétention de revendiquer pour lui la découverte de l'acide phénique. L'emploi des antiseptiques était connu déjà des anciens, et M. Larrey nous a montré que les Arabes, lorsqu'ils faisaient la trépanation se servaient du goudron dans leurs pansements. La différence entre Lister et ses prédécesseurs, c'est qu'autrefois on appliquait les antiseptiques tant bien que mal, tandis que Lister a institué toute une théorie basée sur les belles recherches de M. Pasteur. Ses premières applications datent de 1865 et non de 1866. C'est à lui que l'on doit d'avoir su régler l'emploi des antiseptiques.

D'autres chirurgiens, certainement, ont employé l'acide phénique: Maisonneuve l'employait exclusivement dans son service à doses élevées, et il en obtenait de très-bons résultats.

On m'a reproché autrefois, d'être un apôtre de la chirurgie antiseptique. Je suis convaincu qu'il est peu de nos collègues qui se laisseraient opérer aujourd'hui sans que l'on ait recours au pansement de Lister.

M. Verneuil. Nous assistons en ce moment à quelque chose d'analogue à ce que j'ai vu se produire pour la fistule vésicovaginale. Lorsque Marion Sims et Bowsman arrivèrent en France, nous présentant 4 succès sur 5 opérations, nous en étions encore à savoir si l'on pouvait guérir ces fistules, et nous mettions en doute ou plutôt nous contestions les succès obtenus par Jobert. Il n'y avait cependant rien de nouveau dans la méthode américaine: tout cela existait en France, et néanmoins on bâtissait mal, parce que l'on agissait sans méthode, sans cet ensemble de conceptions logiques dont le mérite revient absolument aux chirurgiens américains Sims et Bowsman.

Il en est de même du procédé de Lister: nous avions l'acide phénique, le drainage, les pansements par occlusion, etc., et cependant nous sauvions à peine un amputé sur quatre. En fait d'équité historique, je l'ai déjà dit, je ne connais pas de nationalité. La réforme dont nous parlons était dans l'air. Maisonneuve, dans une communication à l'Institut, avait énoncé une grande vérité lorsqu'il disait: "Si le poison naît dans la plaie, c'est là qu'il faut le tuer." Lister a profité des travaux de Pasteur; il n'a nullement les prétentions dont M. Boinet l'a accusé; loin de là: c'est un homme modeste, simple, un savant galant homme, qui, tout le premier, a rendu justice aux travaux de Pasteur; et ce qui fait son mérite, c'est d'être tom-

bé sur une excellente combinaison, d'avoir imaginé un excellent procédé dérivant d'une méthode générale

Laissons donc de côté les questions de personnes. Une grande théorie était dans l'air depuis 20 ans, et nous lui devons les merveilleux pansements de Lister et d'Alphonse Guérin. Il y a 20 ans, nous perdions les deux tiers de nos amputés d'infection purulente; aujourd'hui celle-ci est devenue l'exception.

M. *Labbé* trouve la comparaison de M. Verneuil parfaitement exacte. Jobert a eu de grands et nombreux succès; il avait fait avancer considérablement la question des fistules vésico-vaginales, qui, avant lui, était dans un piteux état.

M. *Monod* ajoute à ce qu'à dit M. Verneuil que tous les jeunes chirurgiens se sont ralliés à la méthode de Lister. Le seul cas d'infection purulente qu'il ait eu dans les hôpitaux depuis 5 ans est un cas où il avait négligé l'emploi des pansements de Lister.

M. *Després* déclare qu'il ne laissera pas seul M. Boinet combattre les partisans de Lister. Il proteste contre les résultats éncnés par M. Verneuil dans les amputations de la cuisse. Il a vu Nélaton pratiquer avec succès deux de ces amputations. Si nous avons aujourd'hui moins de morts, ajoute-t-il, c'est parce que nous pansons mieux et avec plus de soin nos amputés. Depuis que je suis entré à la Charité, au mois de janvier, j'ai balayé le pansement de Lister et je n'ai pas encore eu un seul décès à la suite de mes opérations. Je ne perds pas plus de malades que mes collègues. Nous avons vu ainsi mille pansements plus merveilleux les uns que les autres, portés aux nues jusqu'au moment où battus en brèche, la vérité se faisait jour: gardons-nous des apothéoses, et, comme dans la fable,

Chacun trouve en réalités.  
 Autant qu'il peut, ses propres songes;  
 L'homme est de glace aux vérités,  
 Il est de feu pour les mensonges.

M. *Berger*. Si M. Després n'a point encore de mécomptes dans ses opérations à la Charité, c'est que ses salles sont encore sous l'influence des énergiques phénications d'avant son arrivée dans cet hôpital.

M. *Farabeuf* regretterait de voir les partisans de Lister faiblir sous les paroles de M. Després. Les pansements d'autrefois étaient faits avec autant de soin qu'aujourd'hui, mais il a fallu dix ans à la chirurgie pour devenir listérienne, comme dix ans à la France pour devenir républicaine.

M. *Boinet* ne trouve ni juste ni exacte la comparaison de M.

Verneuil. Il a lu plusieurs fois le livre de M. Lucas-Championnière, il n'y a pas trouvé ce qu'il eût voulu; les idées anciennes y sont beaucoup trop mises de côté. Les pansements que l'on faisait tous les jours chez les opérés du temps de Broussais sont devenus plus rares; puis on a eu recours à l'alcool, à l'iode, comme je le préconisais dans le mémoire que je publiais en 1855, afin de prévenir l'infection purulente; puis encore on servit de l'iodoforme, du chloroforme, etc.; enfin est arrivé l'acide phénique qui a donné des résultats analogues à ceux des autres agents antiseptiques.

Si donc j'ai tenu à présenter à la Société l'histoire de cette question, c'est que l'on fait beaucoup trop bon marché des travaux d'origine française pour en reporter tout l'honneur à Lister, qui n'a que le mérite d'avoir étendu la méthode antiseptique. L'acide phénique n'est qu'un antiseptique de plus; dans quelques mois ou quelques années nous en découvrirons d'autres. L'acide phénique n'est pas une panacée universelle: de plus, il n'est pas un médicament si innocent que l'on n'ait eu des intoxications; c'est un poison violent avec lequel, par de simples frictions le long de la colonne vertébrale, on est parvenu à tuer des chevaux.

M. Lucas-Championnière maintient que tout ce qui vient d'être dit par M. Boinet, relativement aux pansements antiseptiques, se trouve dans son livre.—*Le Praticien.*

—

A propos des influences que les états constitutionnels exercent sur le pronostic de la Kélotomie.—M. le professeur VERNEUIL.—Les états constitutionnels jouent un rôle considérable dans le pronostic des opérations de hernie étranglée et c'est à peine cependant si ce sujet a été effleuré, en passant, par quelques rares auteurs. Je me souviens qu'en 1868, M. Panas, à la société de chirurgie, rendait compte de sa statistique d'opération de Kélotomie fit incidemment la déclaration suivante: "Je n'ai pas fait entrer ici et ligne de compte les malades alcooliques, car tout le monde sait combien rarement ces opérations réussissent chez eux." Et mon collègue avait parfaitement raison.

Il est également vrai qu'on a décrit sous le nom d'étranglement algide une forme d'accidents considérés comme tellement funestes qu'après Malgaigne on ne croyait généralement pas devoir les opérer. Mais qu'est-ce que ce refroidissement algide qui accompagne les étranglements, sinon un symptôme de certains états constitutionnels que l'expérience nous dit se trou-

ver plus spécialement en rapport direct avec la congestion pulmonaire et avec les affections intestinales? Vous savez tous, du reste, jusqu'à quel point l'arrêt des matières provoque rapidement des phénomènes d'algidité.

Cependant un travail d'ensemble sur ce sujet reste encore à faire :

La relation intéressante d'un malade qui vient de succomber ainsi dans nos salles après l'opération me fournit l'occasion d'attirer votre attention sur ce sujet.

Ce pauvre homme, en effet, était emphysémateux, dyspeptique ancien, et rentrait par conséquent dans la catégorie de ceux qui se trouvent plus spécialement exposés à voir survenir l'algidité à la suite d'un étranglement herniaire.

L'opération que j'ai faite devant vous a présenté quelques particularités sur lesquelles je crois devoir attirer votre attention. Comme vous avez pu le voir, la hernie était volumineuse, et dans mes tentatives de taxis je suis arrivé à la réduire assez considérablement de volume sans toutefois qu'il m'ait été possible d'atteindre complètement le but. A quoi faut-il attribuer cette diminution de volume? D'ordinaire, la tumeur s'affaisse, comme dans notre cas, mais en faisant entendre un bruit de glouglou caractéristique qui est dû au passage précipité des liquides et des gaz. N'ayant pas perçu ce gargouillement, je devais en conclure que la diminution de volume de la tumeur était autre: et en effet nous avons rencontré à l'opération une certaine quantité de sang épanché, dont une partie a dû être réduite. Faut-il accuser mes manœuvres d'avoir provoqué cet épanchement? je puis déclarer catégoriquement que non, pour cette raison que le sang qui s'est offert à notre observation n'avait aucune des qualités du sang frais. C'était donc le résultat des premières tentatives opérées en ville.

Avant l'ouverture du sac, vous m'avez vu recueillir une certaine quantité du liquide herniaire que M. Nepveu a examiné, et il a constaté qu'il renfermait un très grand nombre de bactéries, conformément à ce que j'ai déjà avancé il y a plusieurs années. J'attache une très grande importance à ce fait qui peut nous conduire à des données thérapeutiques importantes. Les propriétés irritantes, pyrogènes de ce liquide avaient du reste été reconnues depuis bien longtemps, car Velpeau a dit que parfois il irrite même les doigts de l'opérateur. Il faut donc éviter à tout prix son contact avec le péritoine qui est si susceptible, et c'est là ce qui m'a fait apporter au manuel opératoire de la Kélotomie cette modification qui consiste à évacuer le liquide du sac et à désinfecter celui-ci avant de l'ouvrir.



Etant bien établi que ce liquide est sceptique, il est facile de comprendre toute l'importance qu'il y a à ne pas le mettre directement en contact avec des parties lésées du péritoine, soit pendant des manœuvres de taxis mal conduites, soit pendant l'opération elle-même. Vous avez vu malgré tout notre malade succomber à l'algidité quelques efforts que nous ayons tentés pour relever sa température.

Voici maintenant les conclusions que nous devons tirer de ces faits :

1o L'étranglement herniaire est plus particulièrement grave chez les sujets atteints d'anciennes affections des voies pulmonaires et intestinales parce qu'on observe presque toujours chez eux des phénomènes d'algidité.

2o Il est nécessaire, la première fois qu'on pratique le taxis, de s'entourer des précautions les plus capables d'en assurer le succès sans maltraiter le péritoine, et d'éviter l'épanchement de liquides qu'on peut toujours considérer comme septique.

3o Avant d'ouvrir le sac, il est indispensable d'en évacuer le liquide et d'y pratiquer des injections antiseptiques.

4o Dans les cas d'algidité, il faut, après la Kélotomie, relever les forces du malade par un traitement approprié, relever sa température à l'aide des injections hypodermiques d'éther, traiter la congestion pulmonaire par les stimulants, la potion de Todd, les ventouses, etc.—*Le siècle Médical*.

—

**De la thoracentèse chez les enfants** par le Dr G<sup>r</sup>. West.—Le célèbre médecin des enfants anglais vient de publier dans *Nice médical*, un travail intéressant que nous croyons devoir résumer ;

M. West fait d'abord remarquer qu'il est réellement important que l'enfant reste immobile pendant tout le temps de l'opération, ce qui serait absolument impossible s'il était effrayé par les préparatifs ou par la douleur de la ponction, qu'il lui fait toujours respirer du chloroforme d'avance; il ajoute qu'il fait de même dans la trachéotomie, et non seulement pour que l'enfant se tienne tranquille, mais pour lui éviter la peur, l'anxiété, la détresse morale, qui, seraient inévitables, et pour le maintenir dans de bons rapports avec le médecin, ce qui ne serait guère possible, si au lieu de le regarder comme son ami il le considère comme la cause de ses souffrances. Quant à la question de savoir s'il faut vider la cavité pleurale complètement ou seulement l'évacuer partiellement, il s'est toujours accoutumé à la vider aussi complète-

ment que possible, avec la seule précaution d'enlever l'instrument dès qu'il voyait le sang se mêler au liquide. C'est de l'appareil Dieulafoy qu'il se sert habituellement.

La position où il fait la ponction est dans la cinquième ou sixième *intérespace*, et à peu près à deux pouces en dehors du mamelon. Même dans les cas où l'œdème de la peau et l'amincissement des téguments indiquent que l'empyème va se frayer un passage à l'extérieur, M. West ne choisit jamais de préférence cet endroit pour y faire la ponction. Presque toujours la nature fait l'ouverture entre la troisième et la quatrième côte : position trop haute pour que la cavité puisse se vider complètement. Il faut ajouter que, si l'on se sert de cette ouverture, elle a une grande tendance à rester fistuleuse, vu l'ulcération préalable de la plèvre et la condition morbide de la peau. Même quand il est absolument nécessaire d'ouvrir le thorax dans la position où l'empyème va se faire jour, pour éviter l'ulcération des téguments, il faut toujours faire une seconde ouverture plus basse dans la situation ordinaire, et tâcher de fermer la première, en laissant ouverte celle d'en bas.

Chez l'enfant, lorsque l'épanchement est purulent, il arrive souvent que la plaie ne se referme pas, et par suite de la grande élasticité des parois du thorax, le liquide s'échappe facilement, et la cavité se vide sans qu'il soit nécessaire d'y introduire soit une canule, soit un tube en caoutchouc. Lorsqu'il ne compte pas que la plaie se ferme, il applique immédiatement après la ponction des cataplasmes de farine de lin pendant vingt-quatre heures. Ensuite, sitôt que le liquide ne coule plus très abondamment, il se sert comme pansement de l'étope goudronnée, ce qui empêche surtout que le liquide se décompose et devienne fétide.

Quand on voit que la plaie extérieure va se refermer, quoique la sécrétion purulente continue, M. West plie un petit fil double d'or, dans la forme de la lettre T majuscule, et l'introduit dans la plaie, de façon à ce que la ligne perpendiculaire entre dans le thorax, et que la ligne horizontale reste à l'extérieur. Quelques fois cependant, il ne suffit pas d'une seule ouverture pour que la cavité se vide complètement. Dans ce cas, il devient nécessaire de faire une seconde ponction, et d'y introduire un tube en caoutchouc pour établir ce que l'on appelle "drainage" de la cavité pleurale.

Cette seconde ouverture doit être faite alors deux ou trois *intérespaces* plus bas, ce qui facilite beaucoup l'écoulement du liquide ainsi que les lavages qui sont faits avec l'acide phénique (1 pour 40). Si les enfants sont trop récalcitrants et difficiles à panser, on peut les plonger dans un bain phéniqué.

Enfant atteint d'un double pied bot varus équin des plus considérables, déjà opéré sans succès par un autre chirurgien, guéri radicalement par M. JULES GUÉRIN.—L'illustre académicien présente de nouveau à ses collègues l'enfant qu'il avait présenté il y a quatre mois, atteint à cette époque d'un double pied bot varus équin des plus considérables et qui avait été opéré sans succès par un autre chirurgien.

Pour M. Jules Guérin ce fait était un exemple de l'insuffisance des méthodes en usage pour remédier à l'adduction considérable de l'avant-pied et à l'enroulement du pied qui constituent les deux principaux éléments du varus équin.

En effet, on se bornait presque toujours à couper le tendon d'Achille, et les sujets conservaient après l'opération une adduction extrême de l'avant-pied. Or, pour faire disparaître cet élément qui avait persisté chez cet enfant, M. Jules Guérin a eu recours à la section des jambiers antérieurs et postérieurs, à celle des longs et courts fléchisseurs des orteils.

Indépendamment de ces opérations complémentaires, M. Jules Guérin a été obligé de refaire la section des tendons d'Achille en deux points différents, au-dessus et au-dessous du siège des précédentes opérations. Ces dernières, ayant été pratiquées sans les précautions prescrites par la vraie méthode sous-cutanée, avaient été suivies de suppuration, ce qui avait déterminé des adhérences cicatricielles des parties.

Aujourd'hui, toutes ces complications ont disparu, et les deux pieds se présentent avec une régularité parfaite.

Il est à noter que le fait de la rétraction musculaire, comme cause du pied bot, continue à être inscrit après la disparition de la difformité, dans la forme particulière du mollet, lequel reste court et élevé en contraste avec la longueur disproportionnée du tendon d'Achille.

**Indications de la pleurotomie.**—Malgré les nombreux travaux dont elle est si souvent l'objet, l'opération de l'empyème est toujours discutée et ses indications constituent pour la pratique un des points les plus délicats sur lesquels le médecin puisse avoir à prendre une décision. Aussi lira-t-on avec beaucoup de fruit l'excellent travail de M. A. Robert, qui s'est efforcé de préciser les cas de pleurésie purulente dans lesquels l'intervention chirurgicale est indiquée. On est loin maintenant du temps où Corvisart pouvait dire que l'opération dans le pyo-thorax procure même rarement un soulagement éphémère et qu'elle hâte dans tous les cas la mort des malades.

M. Robert, qui a étudié plus particulièrement la question dans le service de M. Bucquoy dont il était l'interne, est partisan au contraire d'une intervention en général hâtive, et c'est à cette condition que beaucoup de malades peuvent être sauvés. Il examine d'abord les cas dans lesquels la collection purulente vient faire saillie à l'extérieur; ici, pas de discussion possible, c'est l'empyème de nécessité, car la fistule qui se formerait est toujours insuffisante; mais une ponction ne suffit pas; il faut faire une large ouverture. M. Robert conseille de faire cette incision au point même où se fait la saillie, car une ouverture plus déclive n'empêcherait pas une fistule supérieure de se former.

La seconde question qui se présente est la suivante: lorsque des accidents inflammatoires se produisent sur le trajet de ponctions antérieures ou autour d'une canule placée à demeure, l'opération est-elle indiquée? A cela M. Robert répond que si l'état général est bon et que le cas ne soit pas pressant on peut essayer d'abord la dilatation de l'orifice et les lavages; mais si la sortie du pus est difficile et par conséquent intermittente, si la fistule est tortueuse, on fera bien alors de ne plus hésiter et de ne pas attendre que le pus prenne de l'odeur sous l'influence de la pénétration de l'air dans la cavité pleurale où il va stagner; on fera bien surtout de ne pas attendre les phénomènes généraux qui d'ailleurs ne tardent guère à survenir dans ces conditions d'infection et l'on ne craindra pas de pratiquer une incision largement ouverte et suivie des précautions d'usage en pareil cas. Mais s'il est important d'opérer de bonne heure, il faut savoir qu'il n'est jamais trop tard pour intervenir.

Les cas où le pus trop épais, ou chargé de particules solides ne s'écoule que d'une manière insuffisante indiquent également l'empyème à l'exclusion de tous les autres moyens qui ne sont que des palliatifs; il en est de même de la fétidité du pus qui commande impérieusement l'intervention par le bistouri; une remarque importante est cependant ici nécessaire: c'est que l'asphyxie ne doit pas être considérée comme une indication de l'incision intercostale; lorsque dans une pleurésie purulente, la dyspnée, dépendant de l'abondance du liquide est telle qu'il y a urgence d'agir, il ne serait ni sage ni prudent de désemplir la cavité pleurale aussi brusquement que le fait l'opération de l'empyème: on devrait alors, ou bien faire la ponction avec le trocart, ou fonctionner avec le bistouri, et laisser s'écouler le liquide lentement avant de prolonger l'incision.

Il y a des faits extrêmement rares dans lesquels la cavité

pleurale renferme à la fois des liquides et des gaz sans qu'il y ait fistule pulmonaire : ces gaz sont le produit de la décomposition des liquides épanchés malgré toute absence du contact de l'air. M. Robert a observé un de ces pneumo-thorax dans le service de M. Bucquoy ; or il ne paraît pas douteux que la pleurotomie soit alors indiquée. Il est plus difficile de préciser la conduite à tenir dans le cas où il y a fistule pulmonaire en même temps que pneumo-thorax ; on peut essayer des changements de position comme l'a fait M. Raynaud, des ponctions simples, et patienter si la situation paraissait s'améliorer, mais on doit recourir à l'opération si l'état général s'aggrave ou même si la position reste longtemps stationnaire. La même règle de conduite est applicable pour les cas où la fistule bronchique existe, sans qu'il y ait pneumo-thorax, alors même que les vomiques vident de temps en temps le plevre. L'expectation ne doit alors jamais être trop prolongée. En tous cas, lorsque l'on fait des lavages dans ces cas de pleurésie avec fistules bronchiques, il convient, suivant le conseil de Dupuy, d'éviter de faire usage de substances irritantes et volatiles qui peuvent provoquer des quintes très pénibles et même parfois des accidents plus graves d'origine probablement réflexe.

Reste enfin la question de la pleurésie purulente simple, c'est-à-dire de celle qui ne se complique d'aucun des accidents qui viennent d'être étudiés. Voici à cet égard comment M. Robert résume la discussion à laquelle il s'est livré. Dans les pleurésies purulentes simples il met au premier plan les dimensions du kyste pleural. C'est une question qu'on ne saurait négliger en discutant l'opportunité de l'empyème ; dans de grands épanchements renfermant 1,800 et 4,000 grammes de liquide ou plus, on s'efforcera par des thoracocentèses répétées ou par les divers procédés connus des lavages, de réduire autant que possible le volume de la cavité en suppuration. La pleurotomie viendra souvent achever une guérison trop lente à se confirmer ; on ne comptera pas absolument sur l'opération qui peut elle-même rester inefficace dans ces cas.

Dans les pleurésies moyennes fournissant de 800 à 1,800 grammes de pus, si après deux ou trois ponctions aspiratrices, le mouvement de réduction du kyste pleural tarde à se dessiner, il y aura lieu de discuter l'utilité de la pleurotomie dans chaque cas particulier, en mettant en balance les conditions de force et de résistance du sujet, les qualités du pus, etc. Enfin, l'aspiration suffira dans la grande majorité des cas à assurer la guérison des épanchements de 800 grammes et au-dessous. Tous ces chiffres, il faut bien l'indiquer ici, ne

sont d'ailleurs que des approximations auxquelles on ne doit pas attacher d'importance absolue.

Au point de vue des contre-indications, on peut dire que la pleurotomie n'en présente pour ainsi dire pas. Ni dans l'état général quelque grave soit-il, ni dans le fait d'une complication à moins qu'elle ne doive entraîner la mort à bref délai, il n'y a de motif suffisant d'abstention. La tuberculose pulmonaire elle-même qui pour beaucoup d'auteurs est une contre-indication à la pleurotomie ne doit pas être considérée comme telle, d'après M. Robert: ce que le médecin doit faire pour baser sa conduite, c'est s'efforcer d'apprécier autant qu'il est possible, le temps de survie réservé au malade s'il guérit de l'empyème; or on a vu très fréquemment l'opération réussir chez des tuberculeux qui ne sont morts que longtemps après, des suites de leur maladie primitive.—*Jour. de Méd. et de Chir.*

—

**Luxation sous-coracoïdienne traumatique récente, réduction par le procédé de douceur de Kocher** (d'après une observation du Dr Gilbert Raymond, *Journal de la Société de Médecine et de Pharmacie de la Haute-Vienne*.— Dans la journée du 10 février 1881, entré à l'hôpital de Limoges, salle St-Vincent, 11, service de M. le Dr Raymond, père, un homme de 26 ans, D...F..., chiffonnier, d'apparence robuste, de bonne santé et n'ayant, en particulier, jamais éprouvé de traumatisme.

La veille, à neuf heures du matin, occupé à charger de ferrailles un wagon sur le rebord duquel il se tenait debout, cet homme avait perdu l'équilibre, et, menacé de tomber à la renverse, il s'était, dans sa chute, accroché par la main droite au rebord du wagon. Grâce à ce point d'appui, il était tombé sur les pieds, mais au prix d'un mouvement de torsion si brusque de l'épaule droite, qu'il avait senti dans cet article un violent craquement, et qu'en se redressant il avait le bras douloureux, pendant et immobile; il ne pouvait faire que de petits mouvements de l'avant-bras.

Un témoin de l'accident offrit du secours; sa propre femme avait eu récemment une grossesse gémellaire, circonstance qui, on ne s'en serait peut-être pas douté, est réputée donner des capacités chirurgicales. Le blessé souffrit beaucoup et garda sa blessure.

L'examen fut fait à l'hôpital à la visite du 11, 48 heures après l'accident; la lésion était une luxation sous-coracoïdienne complète.

Après avoir laissé un des assistants faire une tentative restée infructueuse de réduction par le procédé de Mothe, et avant d'en venir à la traction, le chef de service voulut bien m'autoriser à essayer devant lui le procédé de réduction imaginé par le professeur Kocher.

En moins d'une minute, la luxation fut réduite avec une facilité qui surprit les assistants et le malade prévenu contre toute manœuvre opératoire par les douleurs qu'il avait précédemment éprouvées.

Malgré son excellence, ce procédé est fort peu connu. Kocher publia ses recherches et ses résultats dans un travail écrit en allemand, sous le titre de : "Nouveau procédé de réduction des luxations sous-coracoidiennes, Berliner Klinische Wochenschrift, 1870." Cet essai ne s'étendit pas sans doute plus loin que le journal où il avait été consigné, car huit ans plus tard, en 1878, M. Ceppi, prenant à tâche de vulgariser le procédé de son maître, constatait que le silence le plus complet avait régné jusqu'à ce jour sur sa découverte.

Ce procédé est le type parfait des procédés de douceur. Le professeur bernois ne s'occupe pas de la résistance musculaire, ne tient compte que de l'état des parties lésées par la luxation, de la position nouvelle des surfaces articulaires, et il cherche à ramener par la voie toute tracée qu'a faite le traumatisme, la tête déplacée dans sa cavité normale.

En somme, la tête humérale est déplacée, par rapport à sa position normale, en dedans, en avant et en bas maintenue dans cette situation vicieuse par des débris fibreux dont le plus puissant est le fragment supérieur de la capsule. Il faut faire cheminer la tête d'abord en dehors, puis en arrière et en haut après l'avoir mobilisée, c'est-à-dire après avoir détendu les brides fibreuses.

En rapprochant le coude du tronc dont il est écarté, on imprime à l'extrémité supérieure de l'humérus une sorte de mouvement de bascule qui le porte en dehors, la dégage de la pression de l'apophyse coracoïde, et en même temps modifie la direction de la traction exercée par le deltoïde. Rendu mobile par cette manœuvre, l'humérus peut obéir à un mouvement de rotation en dehors qui détord et qui détend par conséquent les brides de la capsule. Voici quelle est alors la situation : le bourrelet glénoïdien est situé entre la partie la plus postérieure de la grosse tubérosité et la surface articulaire ; il faut profiter de cette rainure pour faire glisser l'une sur l'autre les deux surfaces, celle du moins qui est mobile, l'humérus, en l'élevant. Dans ce but, le coude est porté en avant et poussé de bas en haut. Enfin, lorsque les deux surfaces sont au même niveau,

il ne reste plus pour rétablir complètement le rapport qu'à ramener un peu en dedans la surface humérale.

Il convient maintenant de reporter ces données sur le malade pour tracer rapidement la succession des mouvements de réduction.

Le malade est assis sur une chaise, de façon que l'épaule luxée soit complètement en évidence.

Un aide, dont l'action est commode, mais non indispensable, fixe l'omoplate en appliquant les pouces sur le moignon de l'épaule et la face palmaire des doigts sur chacune des parois auxiliaires.

Le chirurgien se place du côté du blessé, un genou en terre.

1<sup>o</sup> Il rapproche graduellement le coude du tronc, l'y applique et l'y fixe avec le pouce de la main gauche, tandis que l'index passé au-dessous le soutient doucement. (Ces indications se rapportent à mon malade qui avait l'épaule droite luxée).

2<sup>o</sup> De la main droite il saisit la main du côté blessé, met l'avant-bras à angle droit sur le bras et le porte en dehors par un mouvement très lent, jusqu'à ce qu'il sente une résistance ou que le malade accuse une sensation de tiraillement dans le coude. L'avant-bras fait alors à peu près un angle droit avec le plan latéral du corps.

3<sup>o</sup> Le chirurgien porte alors le coude en avant en le faisant glisser au contact du tronc qu'il ne doit pas quitter, et appuie plus fortement de bas en haut, de façon que la direction de la pression supportée par l'humérus est de bas en haut et d'avant en arrière.

4<sup>o</sup> Enfin il ramène lentement l'avant-bras en avant et relève la main jusque sur l'épaule saine.

Ces mouvements doivent être exécutés rigoureusement dans l'ordre précédent, avec une grande lenteur, avec une allure uniforme, sans secousses ni brusquerie. Il est inutile de laisser aucun intervalle entre ces différents temps. La manœuvre entière doit durer de quarante à cinquante secondes. Le chirurgien ne doit faire aucun effort, le blessé ne doit éprouver aucune souffrance.

Il est bien vrai de dire, en résumé, qu'aucune manœuvre ne peut mieux réaliser le type du procédé de douceur. Les avantages sont évidents d'eux mêmes.

Je voudrais pouvoir répondre avec l'autorité de l'expérience à la première question qui va se présenter : Ce procédé réussit-il toujours ? Kocher et Ceppi l'affirment. Je n'ai eu l'occasion de faire qu'un très petit nombre d'essais. Ceux que j'ai faits ou vu faire dans les conditions exactement précisées par l'auteur ont toujours réussi. Mais souvent on veut faire donner à un



procédé plus qu'il n'avait promis, en tirer de nouveaux avantages. J'ai toujours vu ces tentatives être inutiles, et je crois, enfin, que le succès ne manquera pas à ceux qui ne s'écarteront pas des indications formulées par M. Ceppi, d'une façon concise et précise, en appliquant le procédé de Kocher exclusivement "aux luxations sous-coracoïdiennes traumatiques, simples et récentes.—GILBERT RAYMONDAUD.—*Le Praticien*.

---

## OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

---

**Des accouchements sans douleur ou de l'anodynie obstétricale par le chloroforme et spécialement par le bromure d'Éthyle.**—Depuis quelques années je me suis occupé de la question si intéressante, si utile et si avantageuse, des accouchements sans douleur, d'abord à l'aide du chloroforme et plus tard à l'aide du bromure d'Éthyle.

Cette opération est pratiquée depuis plus de vingt ans avec succès en Angleterre au moyen du chloroforme: Simpson publia les premiers faits et fut bientôt suivi dans cette voie par d'autres accoucheurs français, Roux, Chailiy, Stolz, etc.

Cette méthode d'abord bien acceptée en France, n'a rencontré plus tard qu'un accueil peu sympathique, tandis qu'en Angleterre et surtout en Amérique, toutes les femmes indistinctement, riches ou pauvres en réclament le secours bienfaisant.

Cela démontre, il faut l'avouer, que nos femmes ne se rendent pas encore bien compte des services que peut leur rendre l'emploi du chloroforme et surtout du bromure d'Éthyle, dans la parturition, cette pratique dont on ne s'est pas encore beaucoup occupé en Lorraine, sera peut-être longtemps paralysée chez nous par des idées fausses, par la peur, par des préjugés injustes, par l'indifférence de beaucoup de médecins, et surtout par la routine.

Quant à moi, je suis partisan déclaré de ce procédé, et convaincu que, plus tard, dans un certain nombre d'années, l'usage en sera général dans notre pays; si quelques sages-femmes et quelques confrères s'y opposent encore, les femmes alors en imposeront l'emploi à leur accoucheur.

Aujourd'hui, pas un docteur ne refuse le bienfait des anesthésiques à un individu qui doit subir une opération (que de fois je les emploie pour l'extraction d'une dent, ou l'ouverture d'un panaris et toujours, lorsque je me sers du cautère actuel,

je me laisse guider par la sensibilité du malade, par la crainte que lui inspire l'opération, et par son ferme désir d'être soustrait à toute douleur, mais il faut le dire, je ne cherche qu'à atteindre, dans ces cas, que l'Éthérisation animale et non l'Éthérisation organique: pourquoi le refuser aux pauvres femmes en couches, qui certes endurent pendant de longues heures des douleurs très violentes, tout au moins égales à celles qui accompagnent les opérations chirurgicales, douleurs concassantes qui conduisent souvent aux convulsions et par suite à la mort.

Dès le début de mes essais, je n'avais pas compté sur l'obstacle le plus sérieux, la jalousie de quelques sages-femmes (peu instruites et malveillantes, mais c'est le plus petit nombre heureusement) qui en m'entendant parler de l'administration de bromure d'Éthyle dans les accouchements normaux, d'accouchements sans douleur, supposèrent immédiatement que je voulais les supplanter, leur enlever leur clientèle, et loin d'exciter les jeunes femmes surtout, à se faire accoucher par ce procédé, les en détournèrent, prétendant qu'il n'était pas possible d'accoucher sans douleur, ou bien encore leur faisant entendre qu'elles étaient exposées aux plus grands dangers. Aujourd'hui, si, malgré l'une de ces sages-femmes (car jamais je ne refuse leur concours dans un accouchement), j'use du chloroforme ou du bromure d'Éthyle, je suis certain que tous les accidents des suites couche, étrangers à cet agent, me seront souvent attribués, soit par la sage femme soit par le public. (La dame G... de Dolcourt, dont je donne l'observation, vint me trouver à Colombey, quelque temps après son accouchement et me fit voir une mauvaise dent, dont elle souffrait depuis longtemps; le public avait mis sur le compte du bromure d'Éthyle, les douleurs et la fluxion dont elle était atteinte; heureusement elle ne fit qu'en rire.)

Mais me dira-t-on, pourquoi employer le bromure d'Éthyle qui est plus rare et coûte trois fois plus cher que le chloroforme? quels avantages présente-t-il?

Il m'est facile de répondre à cette objection.

1o Le bromure d'Éthyle est plus rare, parce qu'on l'emploie peu jusqu'ici (en Angleterre 40 fr. le kilog., en France, à Paris, car je n'en ai trouvé que là, 50 fr. le kilog.) Dans dix ans on se le procurera dans toutes les pharmacies, à 12 ou 15 fr. comme le chloroforme.

2o Le bromure d'Éthyle offre, je crois, cet avantage sur le chloroforme: c'est qu'à volume ou poids égal, il donne chez la femme en couche qui le respire, une persistance plus prolongée de l'intelligence, de la vue, de l'ouïe et, enfin, de la

conscience tout en supprimant la sensibilité de l'utérus en lui laissant sa contractilité comme celle de tous les muscles respiratoires. Les femmes conservent le pouvoir de répondre aux questions qui leur sont adressées, de là suppression de cet accident fréquent appelé avalement de la langue, si l'on a soin de ne pas pousser l'anesthésie jusqu'à la période chirurgicale et cette conservation permet, non-seulement les efforts utiles en vue de l'accouchement, mais donne à l'accoucheur une grande tranquillité d'esprit.

Avec un peu d'habitude on maintient la malade, aussi longtemps qu'on le veut, dans cet état rassurant.

Ces propriétés du bromure sont très importantes dans les accouchements que nous pratiquons, car à la campagne, chacun le sait, nous ne sommes accompagnés généralement que d'une sage-femme ou quelquefois d'une personne quelconque, recrutée dans le voisinage, quelquefois d'une parente ou d'une amie qui ne fait que pleurer en entendant les plaintes et les cris de la patiente et ne nous aide en aucune façon.

En ville, c'est différent; comme pour pratiquer une opération chirurgicale importante, on se fait assister d'un confrère qui se charge alors de l'administration du chloroforme, surveille le pouls et les autres organes pendant le sommeil anesthésique.

3o Le Bromure d'Ethyle, administré sagement, produit très vite une légère résolution musculaire, sans période d'excitation; je le donne assez abondamment dès le début, versé sur un large mouchoir de poche non déplié, placé à 2 ou 3 centimètres de la face; seulement à chaque inspiration, je rapproche ou j'éloigne le mouchoir de façon à laisser entrer de l'air pur alternativement avec des vapeurs de bromure, et j'engage alors la malade à respirer à pleins poumons. Il provoque rarement ces bourdonnements d'oreilles, ces suffocations, ces éructations et ces vomissements si fréquents, à la suite de l'administration du chloroforme ou de l'éther; la femme reste calme, les yeux souvent entr'ouverts, quelquefois fermés. Elle accuse une tendance au sommeil, mais elle y résiste facilement, avec un peu de bonne volonté, d'ailleurs j'ai l'habitude de lui adresser de temps en temps une question à laquelle elle répond volontiers.

En tout cas, si l'on pousse l'anesthésie jusqu'à la période chirurgicale, le réveil se fait rapidement et sans malaise, les modifications psychiques persistent moins longtemps. En outre il existe du côté des yeux une modification importante, un changement assez accentué dans la contraction de l'iris, qui pourrait effrayer l'accoucheur, s'il n'était pas prévenu de ce fait, je veux parler de la demi-dilatation de la pupille.

Le Bromure d'Ethyle a une odeur presque analogue à celle de l'éther, mais on le distinguera facilement de ce dernier liquide en ce qu'il s'enflamme très difficilement; pour moi je n'y suis pas parvenu; c'est là un certain avantage, lorsqu'on s'en sert pendant la nuit, dans le voisinage d'une lumière.

Je rapporterai ici une de mes dernières observations, parce qu'elle est concluante, la malade n'ayant ressenti absolument aucune douleur.

Dans le mois de mars 1881, je suis appelé à 10 heures du matin près de la dame G... de Dolcourt, mère de deux enfants du sexe féminin; je trouve là, madame T... sage-femme à S... (femme instruite et très intelligente) qui m'assure que chaque fois l'accouchement a été facile—je touche—présentation du sommet, position occipito-iliaque gauche postérieure, les douleurs ont commencé à se faire sentir vers sept heures du matin et le travail marche régulièrement—tout me fait espérer que la délivrance ne se fera pas attendre. Mais au moment où le col doit se compléter et le tête s'engager, les douleurs très vives se font sentir, aussi la malade réclame-t-elle le Bromure d'Ethyle. Après quelques inspirations vigoureuses, les douleurs cessent et la figure reprend son aspect ordinaire: à chaque nouvelle contraction que la dame G... m'annonce elle-même, je verse quelques gouttes de Bromure sur le mouchoir et la gaieté renaît en même temps que le pouls s'accélère:—légère coloration des pommettes—pas de sueurs.

“Oh! que je suis heureuse, me dit la malade, ne vous éloignez pas et redonnez-moi de ça.”

À mesure que la sensibilité disparaît, les douleurs sont plus fréquentes et la contraction plus énergique: cependant vers midi l'expulsion ne pouvant pas se faire, vu le volume de l'enfant, je me décide à appliquer le forceps.

Nouvelle dose de bromure, environ une cuillerée à café: l'application de l'instrument se fait sans difficulté ni douleur, —je cause avec la patiente, qui répond franchement à toutes mes questions et, après quelques tractions assez énergiques, je mets au monde une grosse fillette, bien portante, que je présente à la mère, toute étonnée de la voir et de l'entendre crier, ne se doutant pas que l'opération était terminée. Pour la délivrance, faite dix minutes après, je redonne une nouvelle dose, toujours sur la demande de la malade, et la sortie du placenta se fait également sans douleur.

Six jours après, elle était sur pied, parfaitement rétablie, et vingt jours après elle faisait 14 kilomètres à pied pour venir à Colombey.

Jusqu'ici peu de femmes dans notre pays, malgré notre avis,

consentent à se laisser administrer le bromure d'Ethyle, les unes parce qu'elles n'ont pas foi dans l'insensibilité que je leur promets, se rappelant sans doute les paroles de l'Écriture sainte, quand Dieu dit à Eve en le chassant du paradis terrestre: "Tu enfanteras tes fils dans la douleur.—*Parturies in dolore.*"

" Il y aara bientôt deux ans déjà, dans une réunion de quinze ou seize confrères du département des Vosges, je soulevai la question des accouchements sans douleur, et plusieurs d'entre eux me répondirent que la souffrance était un phénomène naturel et nécessaire dans les accouchements, et que d'ailleurs, la femme avait été condamnée par Dieu à souffrir en mettant au monde ses enfants, que nous devions respecter cet arrêt du créateur. L'un d'entre eux, le Dr Ch..., avait eu cependant l'occasion d'employer une fois le chloroforme chez une dame anglaise qui était venue faire ses couches à Neufchâteau et elle avait non seulement réclamé, mais exigé, l'emploi de cet anesthésique. Aucun accident ne s'en était suivi." Les autres, et c'est le plus grand nombre, parce qu'elles craignent, disent-elles, *d'y rester*,—mais qu'elles se rassurent, elles ne courent aucun danger, nous le voyons par l'avis unanime de tous les accoucheurs anglais, américains, sur plus de 2400 accouchements simples et sur 640 applications de forceps, on ne compte aucun décès maternel, il n'existe pas un seul cas de mort survenue pendant la chloroformisation d'une femme en travail.

Pas plus d'accidents consécutifs que d'accidents immédiats, avantages dus probablement, à ce que prétend un de mes confrères, à la loi de tolérance par spécificité, absolument comme un individu atteint de névralgie violente, ou d'un rhumatisme articulaire aigu, supporte une dose très forte de morphine ou d'un autre calmant sans en être incommodé. D'un autre côté ne savons-nous pas tous également que les douleurs physiologiques, sont enlevées plus facilement que les douleurs causées par des altérations pathologiques ou une opération quelconque.

Quant à moi, je n'hésite pas à croire que la congestion cérébrale produite par la douleur physiologique, entraîne nécessairement l'innocuité de l'anesthésique, les rares accidents survenus pendant les opérations chirurgicales où le chloroforme avait été employé étant dus à la syncope résultat de l'anémie cérébrale.

Avec cette *demie anesthésie*, les accouchements normaux sont plus rapides; loin de diminuer, comme on pourrait le croire, les contractions intérieures, elle semble les accélérer par le relâchement de certains muscles, et la femme une fois insensible sans qu'on le lui dise, se livre aux efforts d'expul-

sion les plus énergiques; sans le bromure, le travail dure beaucoup plus longtemps, et l'intervention chirurgicale devient souvent nécessaire: aussi je suis d'avis qu'on devrait toujours l'employer dans les cas simples comme dans les cas de délivrance instrumentale, de version, d'extraction artificielle du placenta: car en supprimant la douleur, on place la femme dans des conditions entièrement favorables, la prolongation du travail et les douleurs exagérées épuisant les forces de l'organisme, sont souvent causes de complications (crises d'éclampsie) et d'accidents graves dans les suites de couche.

Les inhalations de bromure d'Éthyle peuvent avoir lieu pendant plusieurs heures sans inconvénient, et surtout si l'on se contente de diminuer l'acuité de la douleur: mais on peut également arriver sans danger aucun (je parle dans les accouchements) à la période chirurgicale en ayant soin de ne pas la dépasser. Il s'agit, pour l'opérateur, de reconnaître nettement la période de l'éthérisme qu'il cherche à produire et pour cela il doit connaître le *trépied physiologique*, découvert et si bien décrit par mon ancien et savant maître, M. le docteur Simonin, de Nancy,—je crois que c'est à l'observation des trois faits qui composent ce fameux *trépied physiologique*:

1<sup>o</sup> Insensibilité périphérique, notamment des tempes et de la cornée;

2<sup>o</sup> Serrement des mâchoires du trismus;

3<sup>o</sup> Demi-contraction de l'iris avec le bromure, contraction avec le chloroforme;

Qu'on peut attribuer les résultats heureux obtenus constamment dans les hôpitaux de Nancy, à la Clinique chirurgicale, où l'on suivait de mon temps, pour la chloroformisation, la méthode indiquée par ce savant professeur.

CONCLUSION.—J'emploie toujours le chloroforme et spécialement le bromure d'Éthyle dans les accouchements, sans exception, normaux ou anormaux:

1<sup>o</sup> Parce qu'il diminue ou supprime les douleurs de l'enfantement;

2<sup>o</sup> Parce qu'il n'a pas d'influence fâcheuse sur la santé de la mère pas plus que sur celle de l'enfant;

3<sup>o</sup> Parce que les accouchements se font bien plus rapidement ainsi que la délivrance (sortie du placenta) et l'intervention chirurgicale est moins souvent nécessaire;

4<sup>o</sup> Parce que les suites de couches ne reçoivent aucune modification fâcheuse, au contraire, convalescence plus courte et pas de complication, retour à la santé en très peu de temps.—

*Le Concours Médical.*

**Polypes de la matrice.** — *Leçon clinique de M le Dr HUBERT, professeur à l'université de Louvain.* — La matrice peut être le siège de diverses tumeurs: polypes mous, muqueux, glandulaires, vésiculeux, fibreux; tumeurs fibreuses, fibro kystiques, myomes, fibromes, hystéromes, etc. Nous n'entrerons pas dans les discussions d'anatomo-pathologie auxquelles ces néoplasmes donnent encore lieu et, nous plaçant au point de vue pratique, nous les diviserons en deux groupes: les *polypes muqueux* et les *polypes fibreux*.

1. POLYPES MUQUEUX. — Ce sont des excroissances qui prennent parfois naissance dans la cavité utérine, mais bien plus souvent dans le canal cervical. Composées de tissus aéro-laire ou connectif imparfait, et imbibées d'un liquide albuminoïde, elles présentent parfois des aréoles très larges qui les ont fait prendre pour des kystes. Leur enveloppe très mince, formée par de l'épithélium, est parcourue par de nombreux vaisseaux provenant de la muqueuse voisine. Habituellement pédiculées, elles finissent quand elles acquièrent un certain développement, par faire irruption dans le vagin où on les reconnaît aisément au moyen du spéculum ou du doigt.

*Inconvénients.* — Ces productions peuvent causer une métrite hémorragique ou tout au moins entretenir la dysménorrhée, les ménorrhagies, la leucorrhée, donner lieu à tous les symptômes de la congestion utérine et amener des troubles généraux: dyspepsie, névropathies, chloro-anémie, etc.

*Traitement.* — Il consiste à enlever la production pathologique. A les râcler, les couper avec le bistouri ou les ciseaux, on s'expose à des saignements, faciles à réprimer, mais que nous préférons éviter en recourant à la torsion ou à l'écrasement linéaire. Lorsqu'elles sont petites et qu'elles siègent dans le canal cervical, il suffit souvent, pour les voir disparaître, d'introduire une éponge préparée, qui les écrase contre les parois en se dilatant.

2. TUMEURS FIBREUSES. — M. Sims a noté que sur 605 femmes qui avaient réclamé ses soins, 119 étaient atteintes de tumeurs fibreuses de la matrice. En raison de leur fréquence et de l'influence qu'elles exercent sur la santé générale de la femme, sur les fonctions utérines et sur la grossesse, elles méritent donc de fixer toute votre attention.

*Caractères physiques.* — Le volume des tumeurs fibreuses varie de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une tête d'adulte, la plupart atteignent les dimensions du poing. Leur forme est arrondie, ovoïde quand elles se sont développées dans la cavité utérine qui leur a servi pour ainsi dire de moule; elles sont bosselées ou lobées, quand elles ont subi une

constriction et très irrégulières quand elles ont rencontré des obstacles dans leur évolution ou qu'elles sont formées de plusieurs tumeurs agglomérées. Elles sont souvent multiples, mais isolées et indépendantes les unes des autres.

Leur consistance est très dure mais élastique. Leur tissu cède sous le scalpel et laisse suinter à la pression un liquide ressemblant à la synovie. L'aspect de la coupe est d'un blanc brillant, nacré : on a comparé la surface de section à celle qu'on obtiendrait, si l'on coupait un peloton de fil figé dans de la cire. Habituellement les fibres concentriques sont enroulées autour d'un centre unique ; d'autres fois on découvre plusieurs noyaux différents entre lesquels il existe parfois des vacuoles remplies d'un liquide filant, blanc ou rosé.

Ces tumeurs se composent de deux éléments — avant tout de fibres fasciculées de tissu conjonctif — et de fibres cellulaires, hypertrophiées comme pendant la grossesse. Entre l'élément fibreux dominant et l'élément musculaire, on rencontre une substance amorphe, grisâtre, granuleuse, mais ni vaisseaux lymphatiques ou sanguins, ni filets nerveux.

*Nutrition.*— Ces fibro-myomes sont reliés au muscle utérin, à la séreuse péritonéale ou à la muqueuse, par du tissu cellulaire lisse et vasculaire qui envoie des prolongements entre les lobes.

Ce tissu lamelleux rend l'énucléation du néoplasme facile et l'on comprend que si la suppuration s'en empare, le fibrome peut se détacher spontanément.

Leur développement est très lent, les cellules centrales recevant les éléments nutritifs des cellules périphériques en rapport avec les sources. On en a vu qui pesaient 20 kilogr. ; on en a vu d'autres complètement incrustés de matières calcaires (*calculs utérins* des anciens).

Ces tumeurs peuvent-elles s'atrophier ? Il est certain qu'elles peuvent s'indurer et alors paraître diminuer de volume. Cet effet s'observe régulièrement sous l'influence de l'ergotine, mais lorsque l'on a obtenu ainsi une tumeur plus dure, plus nette et moins grosse, le retrait, qui n'est peut-être qu'un tassement des fibres, ne continue en général pas, malgré l'emploi continué du médicament.

La guérison de certains fibroïdes, quoique naguère encore contestée, dit M. Guéniot, doit être désormais regardée comme une vérité acquise. Est-elle précédée d'une métamorphose graisseuse ? Si oui, les substances réputées *stéatogènes* telles que l'arsenic, le phosphore, le plomb, etc., pourraient se trouver indiquées. Quoi qu'il en soit, ces tumeurs peuvent disparaître par expulsion spontanée et par destruction gangréneuse ou suppurative.



Les tumeurs *fibro kystiques* ou *fibro cystiques* sont-elles des dégénérescences des fibro-myomes ou procèdent-elles des vaisseaux lymphatiques comme le soutient Kæberlé? La question intéressante au point de vue pathogénétique, l'est beaucoup moins au point de vue pratique et, si la marche du fibro-kyste est moins régulière et souvent plus rapide que celle du fibro-myome, nous ne croyons pas cependant devoir séparer la description de deux affections dont les principaux traits sont communs.

A un certain degré de développement, les fibro-kystes présentent des parois minces, friables et très vasculaires. Ils sont uniloculaires ou divisés par des cloisons incomplètes qui leur donnent un aspect aréolaire. Ils contiennent presque toujours un liquide rougeâtre et épais. On en a observé qui ne pesaient pas moins de 80 livres (Eustache). Leur base d'implantation est habituellement fort large et contient des vaisseaux volumineux.

Pour faire l'histoire des fibromes utérins, nous croyons utile de traiter séparément de ceux qui se développent sur le *col* et de ceux qui ont leur point de départ dans le *corps* de la matrice.

#### 1o. *Fibrome du col.*

Nous nous occuperons d'abord de ceux qui sont insérés sur le *museau de tanche*. Ils apparaissent parfois à la vulve—ou bien on peut les découvrir au moyen du spéculum ordinaire, ou mieux, de la valve de Sims; ils ont généralement un aspect rosé. Au toucher, ils présentent une tumeur d'une dureté cartilagineuse, élastique, arrondie ou marronnée, présentant souvent l'apparence du col qui n'aurait pas d'ouverture. Il n'est pas toujours facile d'arriver à leur lieu d'implantation et cela importe cependant 1o. pour reconnaître s'ils sont pédiculés ou sessiles; 2o. pour savoir s'ils ne viennent pas, grâce à un long pédicule, de plus haut, de la cavité utérine elle-même.

*Inconvénients.*—Corps étrangers, ils provoquent des irritations, des hypersécrétions dans le vagin et des congestions utérines qui se traduisent surtout par des hémorragies; ils gênent le coït, rendent la fécondation plus difficile, troublent la grossesse et peuvent amener l'avortement ou apporter des obstacles à l'accouchement. Froissés ou écrasés par le passage de l'enfant, ils peuvent devenir, pendant les couches, la source des plus graves dangers. Par leur volume, ils peuvent comprimer les organes voisins, la vessie, le rectum, déplacer la matrice, et amener des troubles digestifs et nerveux.

Les inconvénients de ces excroissances fibreuses du col sont donc nombreux et d'une nature assez sérieuse pour réclamer

l'intervention chirurgicale; il est heureux que si l'opération est parfois difficile à exécuter, elle ne soit cependant presque pas dangereuse à subir.

Les procédés opératoires sont : la *torsion*, applicable seulement aux pédicules fort longs et grêles — l'*excision* par le bistouri, les ciseaux (1), les polypotomes : elle expose à des hémorragies — et l'*étranglement* du pédicule par une ligature ou par la chaîne de Chassagnac. Quelques chirurgiens, après avoir lié le pédicule, laissent la tumeur tomber en gangrène : pour mettre la femme à l'abri de l'hémorragie, facile à arrêter du reste par le perchlorure de fer ou le tamponnement, ils l'exposent aux désagréments et aux dangers d'une putréfaction, qui marche vite dans le vagin. L'écrasement et l'enlèvement doivent donc se faire en une même séance. Chez les femmes qui ont eu des enfants et qui ont les ligaments suspenseurs de la matrice lâches, nous n'avons jamais rencontré de difficultés ni observé d'inconvénients à abaisser l'utérus. Pressant d'une main sur l'hypogastre et tirant prudemment de l'autre sur le polype, nous amenons sans peine le pédicule jusqu'à l'entrée du vagin et, dès que la chaîne de l'écraseur est bien appliquée, nous laissons l'organe remonter à sa place. Nous ne croyons pas que cette pratique présenterait des dangers chez une femme vierge. Cependant, pour ne pas tirailler les ligaments, nous préférons chez elles recourir à nos pinces porte-ligatures, imaginées surtout en vue des polypes *intra-utérins*, et sectionner par une ficelle le pédicule sur place au haut du vagin. Ces pinces nous paraissent d'un emploi plus simple et plus sûr que les porte-ligatures d'Herbiniaux, de Levet, de Desault, de Mayor, de Niessen et de M. Senny.

Mais le volume de la tumeur peut être tel qu'il soit nécessaire pour l'extraire d'en enlever au préalable des segments. Le plus gros que M. Sims ait rencontré avait les dimensions d'une tête de fœtus et pouvait passer. Il va de soi que l'extraction d'une telle tumeur est soumise aux mêmes lois et exige les mêmes précautions que l'extraction de la tête de l'enfant par le forceps au moment de l'accouchement. Nous avons enlevé en 1878 un fibrome qui remplissait toute l'excavation, s'élevait jusqu'à l'ombilic, avait distendu énormément le vagin et refoulé la matrice en haut. Il ne pouvait être question de le détacher de la lèvre antérieure du col à laquelle il adhérait par un pédicule court, gros comme le pouce : détaché nous n'aurions pu l'extraire. Nous l'attaquâmes par le forceps

(1) M. Warlemont a inventé des *ciseaux-pinces-himostatiques* qui pourraient être ici utilement employés (Acad. de méd., séance du 31 juil., 1881).

scie, entraînés d'abord le segment postérieur, puis l'antérieur et enfin nous saisismes le pédicule dans une forte ligature et nous le sectionnâmes au-dessous. L'opération fut peu douloureuse et eut les suites les plus heureuses. Si nous n'avions pas réussi par le forceps-scie, nous aurions eu recours au transforateur modifié pour passer une double ficelle à travers la tumeur et la diviser par *séricission*.

Les fibromes développés dans les parois du col présentent la même histoire que ceux développés dans le corps même de la matrice et nous ne séparerons pas ces deux descriptions.

#### 20. *Fibromes du corps de l'utérus.*

Nous les diviserons d'après leur siège en fibromes *externes*, *interstitiels* et *internes*. La paroi utérine se compose d'un tissu propre, tapissé en dehors par le péritoine, en dedans par une muqueuse. Lorsque le fibrome naît au milieu du tissu propre il en refoule de tous côtés les fibres, mais reste enveloppé par elles. C'est le fibrome intrapariétal ou *interstitiel* proprement dit. Se développant du côté de la cavité utérine il peut ne conserver que des rapports peu étendus avec le muscle, mais il soulève la muqueuse et est *sous-muqueux*; se développant de l'autre côté, il soulève la séreuse et est *sous-péritonéal*.

(a) *Fibromes externes*.— Ces néoplasmes croissent dans la cavité abdominale et rencontrent peu d'obstacles à leur épanouissement, aussi acquièrent-ils souvent un volume considérable; ils sont souvent multiples et peuvent être sessiles ou pédiculés. Pendant la grossesse, ils croissent rapidement pour rétrocéder pendant les couches et parfois même disparaître complètement suivant ainsi l'hypertrophie et l'atrophie physiologique de la fibre utérine elle-même.

On cite des cas où de ces tumeurs pédiculées ont rompu leur point d'attache et sont tombées libres dans le péritoine.

Ces fibromes se reconnaissent au palper et ont pour inconvénients d'amener, selon leur situation et leur poids, divers déplacements utérins, de causer des embarras de circulation, de gêner les fonctions des organes voisins. Pendant l'accouchement, s'ils sont sessiles et à large surface d'implantation, ils peuvent enrayer les contractions expulsatrices, occasionner des déchirures et gêner le retrait de l'organe après l'issue de l'enfant. S'ils font saillie dans le petit bassin, ils peuvent être comprimés, meurtris, et tomber ensuite en gangrène, accident grave puisque le péritoine est intéressé.

*Traitement*.— On a recommandé les fondants, l'iodure de potassium, les eaux de Kreuznach et surtout l'ergotine à l'intérieur et par la méthode endermique. Nous avons vu qu'on a recommandé aussi les substances stéatogènes, l'arsenic, le phosphore, etc.

Le moment le plus favorable pour obtenir la disparition d'un corps fibreux est celui qui suit les couches, puisqu'alors l'impulsion est donnée et qu'il existe un mouvement régressif spontané. Si ces tumeurs menaçaient la vie par leur volume, on pourrait se trouver obligé de les enlever par une opération comparable pour sa gravité à l'ovariotomie, lorsque le fibrome est pédiculé, beaucoup plus meurtrière s'il faut l'énucléer ou enlever en masse utérus et ovaires. Dans ce dernier cas, la mortalité en Amérique a été de 11 femmes sur 12. La statistique du professeur Storer est moins sombre : il a réuni 24 observations donnant 6 succès, mortalité 75 p. c. Péan a publié les résultats de 44 extirpations de l'utérus : 13 guérisons, 31 décès : mortalité 70 p. c. Il a pratiqué lui-même 9 fois la gastrotomie pour des tumeurs fibreuses et en a obtenu 7 guérisons, et d'après ce chirurgien heureux : "l'opération supra-vaginale n'est pas une opération plus dangereuse que l'ovariotomie compliquée d'adhérences.

b) *Fibromes interstitiels*.—Ce sont peut être les pires.—Ils occasionnent les mêmes accidents, compressions, congestions hémorragiques, déplacements, etc., que les autres et sont plus inaccessibles au traitement. Ils déforment la matrice et déplacent la cavité.— Nous connaissons un cas où une tumeur de ce genre, développée dans l'épaisseur du fond de l'organe, fut cause d'une présentation vicieuse de l'enfant et de la mort de la femme : le placenta était greffé sur la tumeur et après la délivrance elle empêcha la matrice de revenir sur elle-même et maintint béantes les ouvertures des vaisseaux déchirés.

Ces tumeurs se reconnaissent aux troubles variés qu'elles occasionnent et à l'examen direct par le toucher, le palper et la sonde utérine qui donne la profondeur et la direction de la cavité utérine.

*Traitement*.— Comme pour les fibromes externes : Combattre les accidents de compression et les hémorragies—tâcher d'enrayer la croissance ou même d'obtenir la régression du néoplasme par l'ergotine. L'énucléation par l'intérieur est une tentative hardie que Baker Brown et Atlee ont réussie quelquefois ; Marion Sims, jamais. Nous avons cité plus haut la gravité de l'hystérotomie. Dans les derniers cas que nous avons observé, nous avons remarqué dans le vagin une très-grosse artère. Nous nous demandons si la ligature de cette artère ne pourrait pas amener d'heureux résultats : nous l'essayerons.

c) *Fibromes internes ou sous muqueux*.— Le plus souvent implantés sur la face antérieure, ils prennent la forme de la cavité dans laquelle ils se développent et dont ils distendent

régulièrement les parois. Ils sont parfois sensibles; nous en avons vu un qui adhérerait au fond de l'utérus par une surface large comme une assiette. Mais le plus souvent il sont pédiculés et ce pédicule peut s'allonger considérablement à la suite des tiraillements qu'il subit lorsque l'utérus, réagissant contre le corps étranger, se contracte pour l'expulser. Il en résulte qu'on peut rencontrer le fibrome interne engagé dans le col et même dans le vagin.—Parfois même le pédicule se détache et la tumeur tombe. Si l'effort d'expulsion est insuffisant, le polype après s'être montré, rentre: polypes intermittents. Sous l'influence du poids du fibrome et des contractions, la matrice peut-elle subir un certain degré de renversement? C'est ce dont il faudrait s'assurer par le palper abdominal avant d'attaquer la tumeur par des instruments ou des ligatures qui pourraient porter sur l'utérus. La conception est-elle possible?—On prévoit les dangers dont elle s'accompagnerait.

Ces tumeurs occasionnent des phénomènes de congestion utérine, des compressions, des leucorrhées et surtout des hémorragies. Au moment où la matrice cherche à se débarrasser de son contenu la femme présente tous les symptômes de la fausse couche—le col s'entre-ouvre et c'est le moment de parfaire un diagnostic incertain jusque là. Le doigt ou la sonde utérine reconnaît le point d'implantation. En outre, —et nous ne croyons pas que ce symptôme ait été signalé,— un large pédicule empêche les mouvements de torsion qu'on voudrait imprimer à la tumeur.

*Traitement.*—Combattre les accidents du côté des organes digestifs et des centres nerveux; combattre les hémorragies et leurs suites,—tâcher d'enrayer le développement de la tumeur par l'ergotine, qui a au moins pour effet d'atténuer et de rendre plus rares les pertes sanguines. Si le fibrome est sessile, il présente à peu près les mêmes indications que s'il était interstitiel.—S'il est pédiculé, nous l'enlevons, au besoin, après la dilation artificielle du col, au moyen de nos pinces porte-ligatures.— (*Journal des Sciences médicales de Louvain*).—*Le Scalpel.*

**Névralgies trifaciales traitées par le sulfate de cuivre ammoniacal.**—Dans quatre cas de névralgie trifaciale j'ai employé le sulfate de cuivre ammoniacal recommandé par M. le DR FÉRIOL, et les résultats obtenus me font un devoir de faire connaître ces observations.

Le premier cas a pour sujet une femme de trente-deux ans,

affectée d'une névralgie trifaciale depuis sept ans. Cette névralgie se présentait sous forme de crises très violentes, qui, depuis quelque temps, se reproduisaient trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures. Pendant deux ans, j'ai essayé inutilement la quinine, l'arsenic, le bromure de potassium, l'aconitine, etc.

Le 20 mai 1879, connaissant la communication faite à l'Académie de médecine par M. le Dr Fériol, je lui fis suivre le traitement suivant :

Prendre en deux fois, dans la journée et chaque fois au moment des repas, la potion ci-après :

Sulfate de cuivre ammoniacal.....	0,15 cent.
Sirop de menthe.....	30 gr.
Eau distillée.....	100 gr.

Au bout de trois jours, les accès avaient diminué d'intensité et ne se représentaient plus qu'une fois dans les vingt-quatre heures. Je fis continuer le traitement pendant quatre jours encore, mais, au bout de ce temps, la malade se plaignit de douleurs d'estomac et de coliques accompagnées de diarrhée. Je diminuai alors la dose du sel de cuivre, et la restreignis à 0,10 centigr. par potion à prendre dans les vingt-quatre heures. A cette dose le médicament fut bien supporté, et, trois semaines après le début de ce traitement, la malade n'accusait plus aucune douleur.

En septembre de la même année, quelques accès reparurent, mais moins violents ; je fis reprendre le traitement pendant huit jours et les douleurs disparurent. Depuis cette époque, la guérison s'est maintenue.

Notons en passant que cette malade s'était fait extraire *neuf* dents en l'espace de quelques mois, attribuant ses souffrances à des dents cariées.

Le second cas a pour sujet une femme de quarante-deux ans. La maladie a débuté brusquement au retour d'un voyage. Les accès, très violents, éclataient toutes les trois ou quatre heures et duraient environ une heure. En présence de cette périodicité, je fis prendre à plusieurs reprises du sulfate de quinine (1 gr. en une dose), sans aucune amélioration.

J'eus alors recours au sulfate de cuivre ammoniacal, mais redoutant les vomissements chez cette femme très nerveuse, prévenu d'un autre côté par le cas précédent de l'action du sel sur l'estomac, j'employai la formule suivante :

Sulfate de cuivre ammoniacal.....	gr. x
Extrait de Valériane.....	gr. xv
Extrait de thébaïque.....	gr. ij.

Pour 12 pilules, 2 par jour.

Le premier jour, sédation marquée, un seul accès dans la journée et une autre un peu intense pendant la nuit, mais le malade se plaint de nausées fréquentes. Le second jour, un seul accès dans les vingt-quatre heures. Le troisième jour, calme complet.

Je fis continuer les pilules, à la même dose, pendant huit jours encore, et les douleurs ne se reproduisirent plus.

Le troisième cas a rapport à un homme de cinquante-quatre ans, souffrant depuis huit mois et ayant suivi plusieurs traitements. J'employai les pilules précédentes qui furent parfaitement supportées. Au bout de vingt jours les douleurs avaient disparu, mais il y eut deux rechutes dues à l'abandon prématuré du traitement.

Le quatrième cas concerne une femme de soixante-deux ans, atteinte d'asthme et souffrant de sa névralgie depuis plusieurs années. Les accès se présentent tous les huit ou quinze jours, ils sont d'une extrême violence et aucun traitement n'a pu les atténuer. Chez cette malade, le sulfate de cuivre ammoniacal à la dose de 0,20 centigr. par jour ne produisit aucun effet, mais, à la dose de 0,30 centigr. j'obtins une diminution sensible de l'intensité des douleurs et de la longueur des accès. J'essayai de dépasser cette dose, mais il se produisit des vomissements qui me forcèrent à m'en tenir à la pose précédente. En résumé, chez cette malade, il y a eu soulagement marqué, mais non guérison; de plus, j'ai observé que, pendant qu'elle prenait ses pilules, les accès d'asthme étaient moins fréquents.

Enfin j'ai employé le sulfate de cuivre ammoniacal dans deux cas de sciatique, chez une femme de cinquante-deux ans et chez un homme de trente-sept ans. L'effet a été nul dans ces deux cas.

Pour terminer, qu'il me soit permis de présenter les observations que j'ai pu faire concernant l'action du médicament sur l'organisme.

Chez les trois femmes soumises au traitement, le sel cuivreux a déterminé quelques troubles du côté de l'estomac. Chez l'une, j'ai pu pousser la dose jusqu'à 0,30 centigr. sans déterminer de vomissements qui apparaissaient cependant dès que cette dose était dépassée chez toutes trois, il y a eu des nausées.

La potion donnée à la première malade lui répugnait en raison de sa saveur métallique; l'emploi des pilules m'a paru préférable.

Chez les malades prenant chaque jour 0,10 cent. de sel, j'ai constaté à la fin du traitement un léger abaissement du pouls, ainsi que l'indique M. Féréol et contrairement à l'opinion de Gubler qui a noté une accélération de la circulation.

Chez la dernière malade j'ai constaté que les accès d'asthme étaient moins fréquents, et j'ai principalement observé une diminution marquée de la sécrétion bronchique.

L'action du sulfate de cuivre ammoniacal sur l'intestin ne paraît pas constant, ou, tout au moins, n'est pas la même chez tous les sujets, puisque, chez une seule des malades, il a déterminé de la diarrhée.

En résumé, malgré le petit nombre des cas que je signale, je puis dire que j'ai été frappé des bons effets du sulfate de cuivre ammoniacal dans la névralgie trifaciale, et surtout de sa rapidité d'action.—DR DELIGNY, Membre correspondant de la Société de Médecine.—*Le Concours Médical.*

## NOTES DE THÉRAPEUTIQUE.

### Sur quelques préparations nouvelles d'iodoforme.

—Le Dr H. C. Howard, Champagne (Illinois), recommande (*Physicians' and surgeons' investigator et London medic. record*) l'iodoforme surtout pour les chancres et chancelles, herpès circiné, herpès zoster, du prépuce, granulations conjonctivales de la blennorrhagie. Il conseille plusieurs sortes de préparations peu connues.

Pour les chancres il conseille :

P. Iodoforme.....	100 parties poids.
Sucre de lait.....	200 parties
Acide thymique.....	1 partie

Mélez et réduisez en poudre impalpable.

On lave puis on dessèche bien le gland. On remplit les ulcérations de la poudre ci-dessus, puis on en répand autour d'elles, puis on recouvre le tout d'un léger bandage. On répète les applications aussi souvent que la masse pulvérulente est imprégnée par l'écoulement. Ordinairement cela fait trois pansements pour les deux ou trois premiers jours, puis les jours suivants les pansements deviennent de plus en plus rares.

Dans les différentes formes d'herpès il emploie la préparation suivante : dissoudre :

Iodoforme .....	ʒi.
Essence d'eucalyptus.....	ʒiv.

Peindre les surfaces malades avec cette solution. Ordinairement deux ou trois de ces applications amènent la guérison.



Pour les granulations des paupières il applique avec un pinceau doux sur les paupières retournées, la poudre :

Iodoforme.....	1 partie.
Sucre de lait .....	5 parties.

Ordinairement on obtient avec ce topique et sans douleur la cure de lésions déjà anciennes.

Dans la blennorrhagie il emploie l'iodoforme en suppositoires. Il conserve dans un pot une masse faite de la sorte :

Iodoforme finement pulvérisé .....	3ss
Beurre de cacao .....	5j

Il a une sorte de seringue d'argent à large ouverture avec piston très exact.

Il relève le piston de la quantité d'onguent nécessaire et plonge à plusieurs reprises le corps du piston dans le pot. Il finit par le remplir, puis il chasse le contenu de cette seringue dans l'urètre en ayant soin de le faire cheminer jusqu'à la partie malade.

Il emploie le même médicament pour les catarrhes de la cavité du col utérin. Il le chasse même jusque dans la cavité du corps.—*Journal de médecine et de chirurgie.*

**Des préparations d'opium chez les enfants.**—Tout en rappelant la susceptibilité particulière des enfants à l'égard de l'opium, M. J. Simon insiste sur l'utilité de cet agent dans la thérapeutique infantile, lorsqu'il est prescrit avec les plus grandes précautions, progressivement et à dose fractionnée.

La *décoction de tête de pavot* peut servir pour l'usage externe, mais il est très imprudent de l'employer à l'intérieur, car son dosage est mathématiquement impossible.

Parmi les préparations officinales les plus usuelles, se place en première ligne le *laudanum de Sydenham*, dont on donne une goutte par jour jusqu'à 1 an, deux gouttes jusqu'à 2 ans, puis, au-dessus de 2 ans trois gouttes dans une potion de 120 grammes dont l'enfant prendra une cuillerée à café toutes les demi-heures et dont on surveillera l'action, en se basant sur la somnolence et l'état des pupilles.

Si les enfants ne peuvent supporter le goût du laudanum, on leur donne l'*élixir parégorique*, laudanum agréable au goût et cinq fois moins actif que celui de Sydenham.

Ce sont là les seules préparations opiacées dont M. J. Simon

fasse usage chez les enfants au-dessous de deux ans. Chez les enfants plus âgés on peut avoir recours au sirop de codéine, au sirop diacode, à la poudre de Dover et au diascordium.

Le sirop de codéine s'emploie à la dose de 5 à 10 grammes dans une potion de 120 grammes qui sera prise de demi-heure en demi-heure jusqu'à effet sédatif.

Le diascordium ne s'emploie jamais seul, associé au sous-nitrate de bismuth et au laudanum contre les diarrhées de longue durée. On formule, par exemple, la potion suivante :

Laudanum de Sydenham.....	1 goutte.
Sous-nitrate de bismuth.....	ʒss
Diascordium.....	gr. x à ʒss
Julep.....	ʒiv.

A prendre par cuillerée à bouche d'heure en heure.

Le sirop diacode, plus actif que le sirop de codéine, se prescrit à la dose d'une à deux cuillerées à café en vingt-quatre heures dans une potion ou de la tisane.

La poudre de Dover se donne aux enfants au-dessus de 2 ans, aux doses de 0,20 à 0,30.

Il est d'autres opiacés que M J. Simon exclut complètement de la thérapeutique, infantile : la morphine, l'extrait thébaïque, le sirop de Karabé, le laudanum de Rousseau.—*Le Siècle Méd.*

**Bromure d'ammonium dans la coqueluche.**—Korman (*Arbuch fur Kinder et London Medic. record*) affirme la grande utilité du bromure d'ammonium. Pour les jeunes enfants il donne à la fois cinq centigrammes, pour les enfants plus âgés vingt-cinq à quarante centigrammes toutes les deux heures. L'amélioration est très rapide. Il ne doit y avoir qu'une contre-indication, la coexistence d'un catarrhe bronchique chronique. Quelquefois il se produit un peu de stupeur que l'on fait disparaître en suspendant un peu le médicament.—*Journal de médecine et de chirurgie.*

---



---

# L'UNION MÉDICALE DU CANADA

MONTREAL, JUILLET 1881.

*Comité de Rédaction :*

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

---

## Le Tarif-Gagnon.

---

On sait qu'en septembre dernier le Bureau des Gouverneurs a élaboré un nouveau tarif que la législature a dûment accepté et que Son Honneur le Lieutenant-Gouverneur a sanctionné. Ce tarif, publié dans la *Gazette Officielle* du 21 mai 1881, ne devait venir en force que le 24 novembre prochain.

Nous avons tout lieu de croire que nous en avons fini pour longtemps de cette question si longuement et si mûrement étudiée. Pas du tout. Le 30 mai dernier, M. Gagnon de son propre chef, sans y être invité par aucun membre de la profession, et à l'insu du Bureau des Gouverneurs, a présenté à la législature un amendement au tarif et nous a fait des honoraires qui ne sont rien moins qu'acceptables. Ce n'est qu'après la deuxième lecture de ce bill officieux que les membres de la profession en ont eu connaissance. Voilà, n'est-ce pas, une deuxième édition considérablement augmentée de la fameuse clause concernant les sage-femmes.

Que M. Gagnon pour des raisons qui ne sont pas un mystère, veuille nous donner un tarif selon son cœur, il est possible de comprendre la chose sans l'approuver, mais ce que nous comprenons moins, c'est que la législature prenne au sérieux l'honorable député. En effet, il nous semble difficile de faire concorder cette immixtion de M. Gagnon à nos affaires sans y avoir été sollicité par aucun de nous avec l'article 4 de la 13<sup>e</sup> clause de notre loi médicale, lequel article se lit comme suit :

“ Le Bureau provincial de médecine fera, quand l'occasion le demandera, des règlements pour fixer le tarif des prix qui seront payés dans les villes et dans les campagnes pour les avis en matière de médecine, d'art obstétrique ou de chirurgie ou pour les soins ou pour l'accomplissement de toute opération ou pour toutes médecines qui auront été prescrites ou fournies.”

Si on permet ainsi aux clients de faire des tarifs à leur goût sans nous consulter, il est probable que la législature n'en aura pas fini de sitôt avec cette question. Et pourquoi le Barreau n'aurait-il pas ensuite son tour s'il en prend fantaisie à quelque plaideur.

C'est là, on en conviendra, une anomalie de voir un homme complètement étranger à la médecine se poser en appréciateur de nos services et de nos besoins.

Le tarif de M. Gagnon pourra peut-être lui valoir les remerciements de ses constituants, mais il n'est pas de nature à enthousiasmer la profession. Si c'est là tout ce que M. Gagnon peut nous accorder pour tarif maximum, il n'est pas flatteur pour nous et personne ne serait plus excusable dorénavant de se dispenser de vivre et de mourir suivant les règles de l'art.

Le Bureau Provincial de Médecine, composé de 40 membres choisis par la profession, usant des pouvoirs que lui a conféré la loi, a adopté après mûre délibération un tarif maximum que l'Assemblée, le Conseil et le Gouverneur ont jugé équitable et sanctionné. Et tout cela sera en pure perte parce qu'il plaît à M. Gagnon de filer à notre insu des amendements ruineux à nos intérêts! Allons donc! C'est une mauvaise plaisanterie, et M. Gagnon serait moins parcimonieux s'il savait (car il paraît l'ignorer) qu'un médecin enrichi par la pratique de son art est un phénomène des plus rares.

M. Gagnon s'alarme sans motif s'il se figure que nous allons ruiner le peuple avec notre tarif maximum et s'il se fie peu à notre honnêteté, nous pouvons l'assurer que notre intérêt personnel suffira toujours à nous faire proportionner la note de nos honoraires à l'état de fortune de nos clients. Mais d'un autre côté il ne saurait trouver mal que nous nous protégions contre la lésinerie de certaines gens qui voudraient mesurer nos services à l'aune et peser la science à l'once.

Un tarif maximum est le seul possible dans les circonstances actuelles et le nôtre est loin d'être exagéré, c'est au moins ce qu'en pense le Bureau Provincial de Médecine dont l'honorabilité et la compétence en cette matière valent bien celles de M. Gagnon.

Aussi nous ne doutons pas que la législature ne fasse droit à nos justes réclamations et ne confirme le vote de confiance qu'elle nous a donné sur cette question.

—  
Université Laval—COLLATION DES DEGRÉS.—La clôture des cours de l'Université Laval, à Montréal, s'est faite, le 30 juin dernier, au Cabinet de Lecture Paroissial.

La vaste salle était remplie par une société d'élite, où les dames figuraient en grand nombre.

Sa Grandeur Mgr de Montréal présidait, et l'on remarquait parmi les personnes présentes : M. le curé Rousselot, M. le curé Sentenne, M. l'abbé Giband, M. l'abbé Toupin, M. l'abbé Deschamps, M. l'abbé Desrochers, M. l'abbé Gendreau, et autres membres du clergé, les honorables juges Johnson, Berthelot, Papineau, Laframboise, M. L. H. Fréchette, M. Rhoër Roy, M. E. A. Généreux, M. F. L. Béique, M. le protonotaire Hubert, M. le Dr Tassé, M. Lachapelle, M. T. C. de Lorimier, etc., et un grand nombre d'autres avocats, médecins et citoyens distingués.

L'Université était représentée, sur l'estrade, par M. l'abbé Beaudet, vice-recteur, par trois professeurs de la faculté de théologie, et par MM. les professeurs Cherrier, Jetté, Alphonse Ouimet et C. C. de Lorimier, de la faculté de droit, et MM. les Drs Dagenais, Brosseau, Lachapelle, Desrosiers, Filiatreault, Laramée, Lamarche, Duval et Foucher, de la faculté de médecine.

M. l'abbé Beaudet ouvrit la séance par un discours de circonstance, où il constata les progrès accomplis par la succursale, qui comptait cette année 355 élèves, dont 220 de la faculté de théologie, 90 à la faculté de droit et 40 à la faculté de médecine.

M. le Dr Dagenais, professeur de tocologie, donna ensuite une lecture sur le rôle du médecin dans la société.

M. Charles de Lorimier, professeur de droit criminel, prononça ensuite un discours sur les causes des désordres sociaux et les moyens de les prévenir.

Le vénérable M. Cherrier vint ensuite et fit un historique élogieux de l'Université Laval.

Dans l'intervalle avait eu lieu la collation des degrés.

En théologie, il y a 1 docteur, 3 licenciés et 26 bacheliers; en droit, 6 licenciés et 12 bacheliers; en médecine, 2 docteurs, 2 licenciés et 15 bacheliers.

Les licenciés en droit sont MM. Charles Lemoyne de Martigny, Joseph-Octave Drouin et Thomas Fortin (tous trois *summá cum laude*), Joseph-Ulric Emard et Henri Gérin-Lajoie (*cum laude*) et Arthur David. Les bacheliers sont MM. Emery Bertrand, T. Théophile Brosseau, L. G. A. Créspe, J. S. Doucet, U. Lafontaine, J. D. Leduc, A. S. McKay, F. R. Marceau, Philippe Martel, J. A. Rinfret, L. J. B. Taché et L. E. Turgeon.

Dans la faculté de médecine, les docteurs sont MM. Aimé Gaboury et J. E. Lemaître; les licenciés sont MM. Isaac

Cormier et George-Henry Oliver; les bacheliers MM. Samuel Brien, Joseph Chaffers, J. E. A. Cormier, F. X. Gagnier, F. D. Gauthier, Edmond Grenier, Gaspard Janson, Arthur Joyal, P. G. Lafontaine, Anthime Leclair, Joseph Leroux, J. Wilfrid Prévost, L. E. N. Matte, Avila Marsolais et Albert Thibaudeau.

Le prix du doyen (30) en droit, a été remporté par M. Thomas Fortin, et en médecine le prix des finales par M. J. E. Lemaître, et les deux prix des primaires par MM. A. Marsolais et Isaïe Cormier.

Les cours de l'Université Laval reprendront au commencement d'octobre.

—

L'hôpital Notre-Dame. — Les administrateurs de cet hôpital accusent réception, avec reconnaissance, des souscriptions et dont suivants versés depuis le mois de janvier dernier :

SOUSCRIPTIONS EN ARGENT.

V. Hudon.....	\$50 00
Un ami.....	50 00
Police de Montréal.....	43 25
Hon. J. R. Thibaudeau.....	25 00
Jacques Grenier.....	25 00
Geoffrion & Rinfret.....	25 00
R. McKeown.....	25 00
E. A. Généreux.....	20 00
D. Masson & Cie.....	20 00
Jos. Hudon.....	20 00
Charles Hébert.....	20 00
A. S. Hamelin.....	20 00
P. M. Galarneau.....	15 00
L. Tourville.....	10 00
J. Lapierre.....	10 00
L. H. Sénécal.....	10 00
Arthur Prévost.....	10 00
A. Bélanger.....	16 00
Gaucher & Telmosse.....	5 00
J. B. Durocher.....	5 00
A. Couillard.....	5 00
Brossard & Chaput.....	5 00
J. O. Lafrenière.....	5 00
John Elliott.....	5 00
R. Bellemare.....	5 00
Arthur Boyer.....	5 00
J. O. Gravel.....	5 00

C. Melançon.....	\$5 00
Alph. Racine.....	5 00
J. Leclair.....	5 00
Prévost, Hébert & Cie.....	5 00
F. Larue.....	4 00
Beauchemin & Valois.....	3 00
Henri Tiffin.....	2 00
Joseph Turcot.....	2 00
J. T. Letourneux.....	2 00
W. Stafford.....	5 00
F. Froidevaux.....	26 00
D. Beaulieu.....	2 50
W. Hanson & Cie.....	25 00

## DONS EN NATURE.

E. A. Géréreux : 3 moutons, laine pour 2 matelas et dessert du dîner de Pâques; Dufresne et Mongenais : effets d'épicerie; L. Larivée : plusieurs lots de poisson frais; Mme H. Masson : ornements pour la chapelle; Mme Limoges et Dlle René : collecte pour une aube et autres objets pour la chapelle; diverses dames : lots de coton et charpie pour pansements.

**Législation.** — Le projet de loi autorisant l'Université Laval à multiplier ses chaises d'enseignement dans la Province de Québec a été adopté par la Législature et sanctionné par le Lieutenant-Gouverneur.

Le projet de loi incorporant l'Hopital Notre-Dame à Montréal, a aussi été adopté et sanctionné.

## Bibliographie.

*Anatomical Studies upon Brains of Criminals*—A contribution to Anthropology, Medicine, Jurisprudence, and Psychology, by MORIZ BENEDIKT, Professor at Vienna; translated from the German by E. P. FOWLER, M.D., New-York.

Ce curieux ouvrage, basé sur l'étude minutieuse de la conformation extérieure du cerveau de 22 criminels: faussaires, voleurs, ou meurtriers, est d'un grand mérite à plus d'un point

de vue. L'auteur ne prétend pas poser en axiomes les conclusions qu'il déduit d'un nombre aussi restreint d'observations ; les incertitudes qui existent encore au sujet de l'anatomie et de la physiologie des centres nerveux, et surtout des localisations de fonctions, ne sauraient lui permettre d'être aussi affirmatif, mais ces observations sont précieuses en ce qu'elles accumulent des matériaux d'un nouveau genre pour l'anthropologie, science toute nouvelle dont le fondateur vient de mourir, la médecine et surtout la jurisprudence médicale à laquelle il reste encore beaucoup à faire pour apprendre à protéger la société contre les criminels et à les protéger contre eux-mêmes.

Plaider folie chez un criminel est devenu un lieu commun auquel le juriste n'a recours qu'avec bien peu d'espoir de succès, et dans les cas bien évidents, et pourtant les recherches de Benedikt tendent à prouver que : l'incapacité à se retenir de la répétition d'un crime malgré qu'elle apprécie parfaitement le pouvoir supérieur de la loi, et un manque de *sentiment du mal* malgré qu'elle en ait une perception claire, constituent les deux principaux caractères psychologiques de cette classe à laquelle appartiennent plus de la moitié des criminels condamnés.

---

## VARIÉTÉ.

---

**Nécrologie.**— Nous avons la douleur d'apprendre la mort de M. Émile Littré, sénateur, membre de l'Académie française et de l'Académie des Inscriptions et belles-lettres, associé libre de l'Académie de médecine.

M. Littré était né en 1801, il avait donc quatre-vingts ans ; mais il avait conservé jusqu'au dernier jour une force et une lucidité d'esprit, une habitude et une puissance de travail dont la collection de la *Philosophie positive* témoigne éloquemment. Il était de ces héros du labeur intellectuel que la mort seule arrête.

Contrairement à l'opinion commune, M. Littré n'était pas docteur en médecine ; il avait été seulement interne des hôpitaux et s'était tourné aussitôt après vers les recherches philologiques et historiques pour lesquelles il étudia à fond le grec, le sanscrit, l'arabe et les principales langues anciennes et modernes.

En même temps il traduisait Hippocrate, entraînait dans le mouvement philosophique inauguré par Auguste Comte.



L'œuvre capitale de sa vie : le *Dictionnaire de la langue française*, commença à paraître en 1853 et a été poursuivi sans interruption jusqu'en 1872. C'est un véritable et magnifique monument élevé à notre idiome et qui est maintenant dans toutes les mains, car cette œuvre d'érudition a eu cette bonne et rare fortune de devenir aussitôt populaire.

On n'a pas oublié ses démêlés avec Mgr Dupanloup, qui réussit pendant huit ans à lui fermer les portes de l'Académie française, sous prétexte d'athéisme ; on sait aussi qu'après sa réception, le fougueux évêque d'Orléans refusa de reparaitre sous la coupole de l'Institut. M. Littré aurait été baptisé quelques instants avant sa mort, dans des circonstances mystérieuses.

Citons, parmi les plus importants des nombreux ouvrages de cet écrivain encyclopédique, le *Dictionnaire de médecine* en collaboration avec M. le Dr Ch. Robin, une *Histoire de la langue française*, une traduction de la *Vie de Jésus* de Strauss, diverses publications se rattachant à la doctrine positiviste, un grand nombre d'articles réunis en volumes, enfin une édition des *Œuvres complètes* de son ancien collaborateur et ami Armand Carrel.—*Le Siècle Médical*.

---

### MARIAGE.

Le 21 juin, à l'évêché de Montréal, par M. le chanoine Dufresne, M. le Dr G. Lanctôt, de St-Henri, à mademoiselle Clara Bourassa, fille de M. Hubert Bourassa, de Laprairie.

---

### DÉCÈS.

A Montréal, le 18 juin, dame Marie-Louise-Esther Mercier, âgée de 32 ans, épouse de M. le Dr L. A. Geo. Jacques.