

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.

SOMMAIRE

MÉMOIRES.

PAGES.

- 818 — Des traumatismes oculaires..... *Troussau*
 829 — Anomalie du pavillon de l'oreille et occlusion du
 conduit auditif externe *Foucher*
 831 — Du traitement des grands écrasements des mem-
 bres par l'embaument *Mercier*
 844 — Péritonite généralisée par perforations intesti-
 nales dans un cas atypique de fièvre typhoïde ;
 intervention. Mort. *Cleroux et Marien.*

REVUE GÉNÉRALE.

- 850 — L'hygiène au Congrès de Paris *Benoît*

SOCIÉTÉS.

- 857 — La Société Médicale de Montréal.
 858 — Convention médicale de Chicoutimi.

ANALYSES.

MÉDECINE.

- 860 — L'enseignement au lit du malade. — La malaria et
 les moustiques. *Dubé*

CHIRURGIE.

- 861 — De l'anesthésie par l'injection lombaire de cocaïne
 et d'eucaine..... *Marien*

OPHTHALMOLOGIE.

- 864 — Traitement de l'atrophie tabétique des nerfs opti-
 ques *Boulet*

OBSTÉTRIQUE.

- 864 — De la conduite à tenir dans la présentation du siège *Dubé*

PÉDIATRIE.

- 868 — L'étiologie et la pathologie du choléra infantile... *LeSage*

THERAPEUTIQUE.

- 869 — Traitement de la colique hépatique.—Traitement
 de la blennorrhagie par la citrate de bismuth.
 — Un nouvel hypnotique : le Dormiol..... *Hervieux*

MÉMOIRES

DES TRAUMATISMES OCULAIRES (1)

Par le Dr A. TROUSSEAU

Médecin de la Clinique nationale des Quinze-Vingts, à Paris.

L'étude des traumatismes oculaires est une question de haute importance, qui mérite d'être traitée dans son ensemble, d'être synthétisée, et dont je veux envisager le côté essentiellement pratique. Des premiers soins dépend presque toujours l'avenir de l'œil traumatisé et même de son congénère: presque toujours vous pouvez, par une intervention sagace, empêcher l'infection de survenir et éviter la redoutable ophtalmie sympathique.

Que si vous n'étiez pas convaincus *a priori* de l'importance de cette question, la statistique suffirait à vous la démontrer; en effet, sur 387 hommes aveugles pensionnaires de l'hospice des quinze-vingts, dans une période de 10 ans, 54 fois la cécité reconnaissait pour cause le traumatisme. Et il a été établi que les blessures de l'œil sont environ dans la proportion de 6 pour 100 dans l'ensemble des affections oculaires.

Les hommes, cela se conçoit, en sont plus fréquemment affectés, de par leur genre de vie; les ouvriers, et surtout les ouvriers d'usines, y sont particulièrement exposés.

J'étudierai tout d'abord les lésions traumatiques de *chaque membrane* prise en particulier, puis je terminerai par l'étude des traumatismes *en masse*.

Contusions, plaies, brûlures, corps étrangers, tels sont les paragraphes de chacun des chapitres que je passerai successivement en revue.

LA CONJONCTIVE. — Membrane la plus superficielle, est, de ce fait, la plus exposée. Mais le traumatisme limité à la seule conjonctive est le plus souvent dépourvu de gravité.

(1) Leçon recueillie pour l'Union Médicale de Montréal, par M. Pierre Dolbeau, assistant-chirurgien.

Les *contusions* peuvent se produire soit indirectement, à travers les paupières, (coup de poing, coup de bâton, chute sur un corps dur), soit directement, (coup d'ongle, éclat de pierre, etc.). Dans les deux cas elles ont peu d'importance. Elles se traduisent par une hyperhémie, une rougeur plus ou moins accusée, qui cède rapidement au traitement: repos de l'œil, compresses humides.

Assez souvent il se produit un certain degré d'œdème sous-conjonctival, de chémosis. Le traitement est le même.

Éviter, comme dangereux, l'emploi de l'arnica ou du sous-acétate de plomb (eau blanche), qui ont été trop souvent employés.

A noter que le mode d'apparition du chémosis est loin d'être sans intérêt: la fracture du crâne s'accompagne parfois d'ecchymose sous-conjonctivale, c'est ce qui a pu faire dire que l'ecchymose sous-conjonctivale était pathognomonique de la fracture du crâne. Ainsi présentée, cette proposition est inexacte: il importe de faire le diagnostic, qui est d'ailleurs facile: l'ecchymose succède-t-elle immédiatement à l'accident, il s'agit d'une simple conjonctivite traumatique. L'ecchymose symptomatique de fracture du crâne n'apparaît que tardivement, 2, 3 ou 4 jours après.

Plaies. — Les piqures sont justiciables des lavages antiseptiques; les plaies linéaires appellent en plus une légère compression pour obtenir la réunion rapide. En cas de déchirure, la réunion pourra être parfois un peu plus difficile: s'il n'y a pas solution de continuité, une simple suture suffira, après cocaïnisation; mais s'il manque un fragment, il y a lieu de disséquer sur une petite étendue la muqueuse, très-élastique, et d'opérer le rapprochement, puis la suture.

Si la déchirure est trop importante, cette petite manœuvre n'est plus possible; mais il ne faut pas s'effrayer en voyant la sclérotique à nu, pourvu qu'on observe une antiseptie rigoureuse, la cicatrisation se fera, lentement peut-être, par bourgeonnement, mais se fera. Surveiller les bourgeons et pratiquer au besoin quelques cautérisations.

Les brûlures de la conjonctive sont très fréquentes; les pre-

miers soins ont là une haute importance, et le précepte suivant doit être présent à l'esprit : éviter le synblépharon surtout.

À la vérité elles sont parfois légères, et c'est le cas lorsqu'elles sont produites par des corps en fusion ou en ignition qui ne font que frapper l'œil et n'y séjournent pas, (phosphore enflammé, bout de cigare, fer à friser, etc.). Les désordres sont alors limités à une simple hyperhémie de la muqueuse ou à une petite escarre insignifiante.

Autrement graves sont généralement les brûlures produites par des agents chimiques, (acide sulfurique, acide azotique, acide acétique, chaux vive). Il s'agit dans ces cas, après s'être enquis de la nature de l'agent vulnérant, d'en faire au plus vite la dilution par un lavage à *grande eau*.

Toutefois, exception sera faite pour les brûlures par la chaux vive : la dilution n'aurait pour effet que de répandre son action caustique et d'en étendre la gravité.

En présence d'un acide, on neutralisera son action avantageusement par l'emploi d'une base, bicarbonate de soude, eau de Vichy, par exemple. En présence d'une base autre que la chaux, la neutralisation pourra être obtenue par des lotions acidulées, (acide borique).

La brûlure par la chaux sera combattue par un abondant lavage à l'eau sucrée pour former un saccharate de chaux soluble, qui n'est pas irritant, ainsi que l'a conseillé Gosselin. Il sera bon aussi d'évacuer, à l'aide d'une pince, tous les fragments qu'on pourra saisir en explorant les culs de sacs, après cocaïnisation.

Quoiqu'il en soit de l'agent caustique, quand on a affaire à une brûlure de quelque gravité, le malade devra être entouré de soins constants, en vue d'éviter le synblépharon. Pour cela il est important de remplir, de *boucher* les culs-de-sacs conjonctivaux avec de la vaseline, d'une façon pour ainsi dire continue, et d'assurer la mobilité de l'œil.

Je veux enfin attirer votre attention sur les brûlures occasionnées par l'emploi inconsidéré de certains agents thérapeutiques, tels que le sulfate de zinc, le nitrate d'argent, etc. Il va sans dire que la première chose à faire est alors d'arrêter le traitement.

Il n'est pas inutile non plus de rappeler que, chez tout malade qui prend à l'intérieur de l'iode ou un iodure, on devra proscrire l'emploi de la pommade jaune ou du calomel qui donnerait lieu à la formation d'un biiodure de mercure, combinaison éminemment caustique.

Les corps étrangers de la conjonctive sont d'une observation vulgaire. Le plus souvent ils se logent dans les culs-de-sacs et principalement dans le cul-de-sac supérieur, d'où ils sont faciles à extraire à l'aide d'une pince.

Ils sont représentés par des grains ou des fragments de toute espèce. Parfois ils s'incrument dans la muqueuse et leur évacuation est aisée s'ils siègent au niveau de la muqueuse palpébrale. Mais s'ils sont fixés dans la muqueuse bulbaire, cette évacuation donne lieu à une certaine difficulté à cause de la laxité de la membrane à ce niveau. Le manuel opératoire consiste à saisir le corps étranger entre les mors d'une pince et à sectionner avec des ciseaux au ras de la pince, de façon à éviter autant que possible les délabrements. A la suite d'une explosion de mine on peut voir des conjonctives criblées de grains de poudre, dont l'extraction est des plus laborieuses, on ne saurait, dans ce cas, agir avec trop de douceur; il ne faut pas vouloir tout enlever en une seule séance, trop de hâte pourrait être cause de dégâts considérables.

Un mot aussi des corps étrangers *ignorés*. Maintes fois on observe, principalement dans la pratique de la ville, des malades atteints de conjonctivite rebelle et intense ayant résisté à tous les traitements. En présence d'une conjonctivite restée monoculaire et irréductible, vous devrez soupçonner la présence d'un corps étranger et retourner la paupière. Presque toujours vous découvrirez la cause de tout le mal, dont vous débarrasserez immédiatement votre malade. Et notez que les corps étrangers restés ignorés sont parfois volumineux: j'ai observé la présence dans le cul-de-sac conjonctival d'un enfant d'un épi d'avoine qui y avait séjourné plus de deux mois!

CORNÉE. — Le traumatisme de la cornée est fréquent, au même titre que celui de la conjonctive.

Mais les *contusions* pures, sans plaie ou érosion sont rares.

Elles n'amènent au reste qu'une irritation de l'œil, le plus souvent légère et fugitive. Dans quelques cas toutefois on a pu observer un degré plus ou moins accentué d'infiltration, voire même du sphacèle, mais c'est l'exception.

Plus généralement la contusion est éclipsée par quelque plaie de cette membrane.

Les *plaies* de la cornée peuvent être envisagées tout d'abord sous le rapport de leur profondeur et être divisées en plaies non pénétrantes et plaies pénétrantes.

Les plaies *non pénétrantes* offrent une gravité bien différente suivant qu'elles sont ou non infectées. Si l'infection est évitée, vous obtiendrez une guérison, rapide le plus souvent, par un traitement approprié : lavages, compresses chaudes, pansement aseptique légèrement compressif. Les instillations de pilocarpine sont employées avec avantage comme sédatif : la cocaïne doit être rejetée parce qu'elle désquame la cornée.

À la suite d'une plaie non infectée il pourra parfois se produire une taie, mais la chose est de peu d'importance en regard des redoutables complications que peut entraîner l'infection de la plus légère érosion. C'est ainsi qu'une plaie même superficielle peut donner lieu très rapidement à la formation d'un ulcère à hypopion (ulcère rongeur), s'accompagnant parfois d'iritis, d'irido-cyclite, d'irido-choroïdite et de panophtalmie, sans parler de la destruction de la cornée, et entraîner la perte de l'œil. Il est donc de la plus haute importance, en présence de toute plaie de la cornée, d'éviter l'infection par tous les moyens.

Tout objet vulnérant doit être supposé septique (éclats de pierres et de toutes sortes, épis de blé, etc) ; mais à supposer qu'il n'en soit rien, l'infection peut provenir secondairement de l'œil lui-même ou de ses annexes. Pensez à la conjonctive, aux bords palpébraux, pensez surtout aux voies lacrymales et désinfectez soigneusement par de grands lavages répétés, assurez le libre cours des larmes par des cathétérismes, pratiquez au besoin des injections dans les voies lacrymales ou même leur curetage.

Quant aux plaies *pénétrantes*, leur pronostic, en dehors même de l'infection, est toujours plus sérieux, car les organes sous-jacents, l'iris, le cristallin, peuvent être atteints du même coup.

Les piqûres, produites le plus souvent par des aiguilles, des plumes à écrire, etc., peuvent, si elles ne dépassent pas les limites de la chambre antérieure et si les objets piquants sont aseptiques, guérir rapidement sans amener de désordres marquants.

Mais une coupure donne lieu généralement à des phénomènes plus troublants : à la suite de la perforation, la chambre antérieure s'affaisse, l'iris entre en contact avec la face postérieure de la cornée et la perforation peut se compliquer de hernie de l'iris, avec ses conséquences. Souvent, quoi qu'on fasse, on n'évitera pas le staphylôme ou le leucôme adhérent.

Le traitement consistera avant tout dans la désinfection, car ici encore le rôle de l'infection est prépondérant.

On réduira l'iris s'il y a lieu où on réséquera sa hernie, puis on réunira les bords de la plaie. Une instillation d'atropine, ou de pilocarpine, suivant le siège central ou périphérique de cette plaie, aidera à éviter l'enclavement de la membrane irienne.

Dans quelques cas, principalement quand on se trouve en présence d'une plaie anfractueuse, on pourra, à l'aide de la conjonctive disséquée sur une certaine étendue puis suturée par-dessus la plaie, obtenir une coaptation satisfaisante. Mais, encore une fois, l'indication capitale est dans l'antisepsie la plus rigoureuse.

Les brûlures de la cornée offrent de nombreuses analogies avec celles de la conjonctive, auxquelles d'ailleurs elles sont fréquemment associées. Elles sont justiciables du même traitement.

Superficielles, elles ne produisent qu'un léger trouble dans la transparence de cette membrane, trouble qui ne tarde pas à se dissiper. Plus profondes, elles peuvent entraîner la perforation du globe.

Les brûlures par les acides, par la chaux, etc., sont, comme pour la conjonctive, le plus à redouter.

Le pronostic, dans les brûlures de la cornée, n'est pas toujours en rapport avec les désordres initiaux. C'est ainsi que la brûlure par un fer à friser ou à onduler, très fréquente, est le plus souvent dépourvue de gravité quoique s'accompagnant, immédiatement après l'accident, de symptômes tapageurs, vive dou-

leur et même opacification presque totale de la cornée. Le plus souvent, l'épithélium superficiel est seul atteint et les choses ne tardent pas à rentrer dans l'ordre.

Par contre, une brûlure par l'ammoniaque, quoique légère en apparence, est presque toujours très grave. La cornée, transparente tout d'abord, se trouble progressivement, l'opacité s'accroît peu à peu et devient bientôt totale et persistante.

L'iridectomie optique est alors la seule ressource.

Les *corps étrangers* de la cornée s'observent journellement. Ils donnent lieu parfois à une réaction violente, photophobie, blépharospasme. Parfois aussi ils sont tolérés pendant assez longtemps sans provoquer d'autres phénomènes qu'une gêne légère. En tous cas on devra les extraire sans tarder, de crainte de complications: mais la première condition est de les bien voir, et on devra souvent avoir recours à la loupe et à l'éclairage oblique.

Le diagnostic est généralement facile: Le corps étranger forme une petite tache noire ou brune à la surface de la cornée, avec un cercle grisâtre. Il est bon, à ce propos, d'attirer l'attention sur une erreur qui a été commise plusieurs fois: une coque de millet adhérent à la cornée peut en imposer pour une phlyctène ou un abcès.

L'extraction d'un corps étranger est, la plupart du temps, chose aisée. S'il est superficiel, il suffit d'opérer un petit grattage avec une fine curette. S'il est incrusté dans les lames de la cornée, on le libère à l'aide d'une aiguille spéciale ou de la pointe d'un bistouri.

On fera précéder l'opération d'une instillation de cocaïne et on s'entourera, cela va sans dire, de toutes les précautions antiseptiques.

Il peut arriver qu'un corps étranger ait pénétré si profondément dans l'épaisseur de la cornée qu'il risque de passer dans la chambre antérieure.

Alors on devra faire coup-sur-coup des instillations d'ésérine ou de pilocarpine pour contracter la pupille et protéger le cristallin, puis on procédera à l'extraction avec un soin minutieux. L'aimant peut rendre de grands services.

Les soins consécutifs consistent en lavages avec une solution antiseptique. S'il y a des dégâts de quelque importance, on prescrira des instillations de pilocarpine et le bandeau oculusif.

Certaines professions exposent plus particulièrement aux corps étrangers de la cornée: les tourneurs, les affréteurs, les serruriers; les mineurs, les cantonniers en sont fréquemment atteints. Il est bon de leur recommander, par mesure prophylactique de se munir de lunettes protectrices.

Les corps étrangers de la *chambre antérieure* constituent la seule affection de cette région dont nous ayons à nous occuper ici. Leur présence est un danger pour les organes voisins; il importe donc de les évacuer au plus tôt à l'aide d'une pince, par une ouverture pratiquée au limbe avec le couteau lancéolaire.

IRIS. — Cette membrane, cela se conçoit, est moins exposée aux traumatismes que les précédentes: en général sa blessure participe aux traumatismes plus profonds.

Les *contusions* sont fréquentes: à la suite d'un choc sur le globe, (coup de poing, etc.), l'iris subit un ébranlement qui peut produire son décollement, sa déchirure ou une paralysie du sphincter. Ces accidents s'accompagnent généralement d'hypohœma et souvent de luxation du cristallin et de lésions des autres membranes.

Le décollement de l'iris se signale par la déformation de la pupille et par l'apparition au niveau du grand cercle d'une fente plus ou moins large, nouvelle pupille qui permet de voir, à l'aide du miroir ophthalmoscopique, le reflet rouge du fond de l'œil. De plus, la portion décollée change de couleur, devient grisâtre, et parfois flotte dans la chambre antérieure.

La déchirure, plus rare, intéresse le sphincter et se traduit par une dilatation et une déformation de la pupille avec tous les signes d'une iritis.

Le traitement des contusions de l'iris est celui des iritis: repos de l'œil, compresses chaudes, atropine.

Les *plaies* de l'iris n'existent jamais seules: elles appartiennent généralement aux plaies en masse, et causent une vive douleur.

Quelquefois les plaies déterminent une iritis traumatique.

mais il n'est pas rare de les voir guérir très rapidement et leur pronostic serait relativement bénin si on ne les voyait s'accompagner le plus souvent de lésions des organes voisins et, notamment, de cataracte traumatique.

Les *corps étrangers* de l'iris sont plutôt exceptionnels; leur diagnostic se fait aisément avec la loupe et l'éclairage oblique. Toutefois il faut se garder de se méprendre sur des pigmentations spéciales à certains iris; il importe d'examiner attentivement toute la surface de l'iris en cause et aussi l'iris du côté opposé. Un corps étranger constaté, il faut l'extraire, à l'aide d'une pince introduite par une ouverture faite à la cornée.

Pour un corps métallique la pince aimantée rendra de grands services.

Si le corps étranger est incrusté dans l'iris et ne peut être extrait sans déchirure de la membrane, il est préférable de faire l'iridectomie.

CRISTALLIN. — A la suite d'un traumatisme de l'œil, on peut observer une *luxation* ou une *subluxation* du cristallin. Tout cristallin luxé doit être enlevé, car sa présence fait courir à l'œil de grands dangers: cyclite, irido-cyclite, glaucôme secondaire, telles sont les complications qui surviennent presque fatalement et dont la perte de l'œil serait la conséquence si on n'intervenait à temps.

La *cataracte traumatique* est le résultat le plus fréquent des traumatismes qui intéressent le cristallin. Dans beaucoup de cas, les plus bénins, l'opacification de la lentille se fait progressivement, sans tapage. Il y a alors intérêt à attendre, pour intervenir, que la cataracte soit bien complète et que l'œil ne soit plus rouge.

Mais, si on observe des accidents glaucômateux, on est autorisé à opérer prématurément pour évacuer une partie au moins des masses molles.

La présence d'un corps étranger rend les conditions beaucoup moins favorables, car on peut craindre des complications inflammatoires. Le plus souvent il faudra se hâter d'intervenir.

Enfin la cataracte traumatique peut accompagner d'autres lésions, du côté de l'iris, de la choroïde, de la rétine, etc., dont les

conséquences sont des accidents inflammatoires ou glaucômâtes qui peuvent menacer même l'existence de l'œil du côté opposé. Il y a intérêt alors à se résoudre à l'énucléation.

SCLÉROTIQUE. — Les lésions traumatiques de la sclérotique sont rarement isolées.

Les *plaies* ont une gravité proportionnelle à leur étendue. Une plaie légère guérira rapidement avec un peu de compression, tandis qu'une large plaie pourra être la cause des plus graves désordres, à cause de l'issue abondante du vitré qui amène souvent le décollement de la rétine ou des hémorragies intra-oculaires.

D'autres éléments entrent encore en ligne de compte pour l'établissement du pronostic de ces plaies : leur direction, leur siège, leur régularité.

La direction parallèle au bord de la cornée est la plus fâcheuse ; la région du cercle ciliaire est celle où les plaies scléroticales sont le plus dangereuses.

Enfin, une plaie irrégulière à bords anfractueux aura moins de tendance à se cicatrizer qu'une plaie linéaire.

La suture de la conjonctive suffira dans certains cas pour obtenir la réunion des bords de la plaie. D'autres fois, il faudra recourir à la suture de la sclérotique par un fil de catgut armé d'une aiguille à chacune de ses extrémités. On aura soin de ne pas intéresser toute l'épaisseur de la sclérotique, de façon à épargner la choroïde.

La *rupture* de la sclérotique, qui se produit toujours indirectement, équivaut à une déchirure anfractueuse et est, de ce fait, très grave. Elle emprunte encore des éléments de gravité à son siège qui est presque constamment voisin de la cornée, en haut et en dedans de sa circonférence. Si le cercle ciliaire est intéressé, l'énucléation s'impose.

Le **CORPS VITRÉ** est souvent le siège de corps étrangers dont la présence est chose grave, car il est, la plupart du temps, impossible d'en faire l'extraction. Au reste, les manœuvres en vue de cette extraction sont, pour l'œil, extrêmement dangereuses, bien qu'il existe des cas où on a pu y parvenir en conservant à l'œil sa vision. L'aimant, en cette occurrence, peut rendre les plus grands services.

Je ne saurais trop recommander d'être très prudent et, particulièrement s'il s'agit de plomb de chasse, de ne faire aucune tentative d'extraction.

Il arrive que le corps étranger s'enkyste et ne produit aucun désordre; mais trop souvent, soit dès l'abord, soit au bout d'un temps plus ou moins long, il provoque des accidents inflammatoires qui réclament l'énucléation immédiate en vue de prévenir l'ophtalmie sympathique.

LA RÉTINE ET LE NERF OPTIQUE n'échappent pas au traumatisme. Le décollement de la rétine, une hémorragie dans la gaine du nerf optique, produisant la compression de la papille et la cécité progressive, tels sont les accidents les plus fréquents causés par le traumatisme de ces organes profonds.

Le pronostic devra toujours être très réservé.

TRAUMATISME EN MASSE. — Il ne me reste qu'à vous dire quelques mots sur la conduite à tenir en présence des contusions et des plaies de l'œil *en masse*, c'est-à-dire intéressant simultanément les divers milieux.

Règle générale, enlevez les corps étrangers, régularisez autant que possible et procédez de préférence par petites interventions; mais surtout assurez par tous les moyens l'antisepsie.

Si le cercle ciliaire est en jeu, il faut énucléer d'emblée; mais toutes les fois que l'indication ne sera pas absolue, ne vous hâtez pas trop d'énucléer, réservez l'énucléation, qu'il ne faut pas faire inutilement, car le port d'un œil artificiel n'est pas chose indifférente et s'accompagne souvent de douleurs et d'inconvénients de toutes sortes.

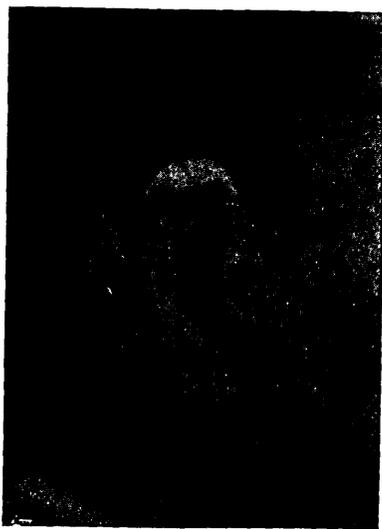
Si l'infection survient cependant, il ne faut pas hésiter à supprimer l'œil malade, car vous avez à redouter l'ophtalmie sympathique.

C'est pourquoi le premier but à remplir dès le début est, avant toute chose, d'assurer l'antisepsie.

**ANOMALIE DU PAVILLON DE L'OREILLE ET OCCLUSION
DU CONDUIT AUDITIF EXTERNE (1)**

Par le Professeur FOUCHER

Le cas que je vous présente, se rapporte à une femme de 38 ans qui s'est présentée à l'Hôpital Notre-Dame pour savoir s'il n'y aurait pas moyen de remédier à la difformité de ses deux oreilles et à la surdité qui en résultait. Comme vous le voyez, sur les photographies, le pavillon de l'oreille droite et gauche, est normal, ainsi que l'hélice et l'anté-hélice, l'antitragus et une



partie du lobule. Le tragus est surmonté d'une excroissance mamelonnée cartilagineuse; à droite, et immédiatement au-dessous, on voit une petite ouverture ronde qui représente le méat auditif externe, mais ce conduit est borgne, la sonde ne pénètre nulle part. Il n'existe aucun autre vestige de conduit auditif. Le tragus, à gauche, offre une difformité irrégulière au-dessous

(1) Communication faite à la Société Médicale de Montréal, séance du 6 novembre 1900.

de laquelle on trouve un méat auditif externe borgne. Il n'y a donc pas de conduit auditif externe communiquant librement à l'extérieur, cependant la patiente entend la conversation à deux pieds et la montre au contact. Il existe en même temps, aux deux mains, six doigts, l'annulaire étant double. J'ai déjà observé un autre cas d'anomalie du pavillon de l'oreille, mais il s'agissait de microtie, le pavillon était à peu près complètement absent des deux côtés, le patient n'avait aucune trace de



conduit auditif et il entendait la montre au contact de son oreille rudimentaire. J'avais tenté alors de retracer le conduit, mais ce fut peine perdue. Le patient cachait sa difformité à l'aide de ses cheveux qui étaient longs et reportés en avant.

J'ai cru intéressant de relater ce cas parce qu'on en rencontre rarement de semblable. Quant à la question du traitement, elle m'a paru très difficile à résoudre en ce qui concerne la recherche d'un conduit auditif; ayant échoué dans une première tentative, je n'ai pas cru devoir intervenir dans ce cas.

DU TRAITEMENT DES GRANDS ÉCRASEMENTS DES MEMBRES PAR L'EMBAUUMENT (1)

Par O.-F. MERCIER

Agrégé - chirurgien de l'Hôpital Notre-Dame

Depuis une dizaine d'années l'antisepsie a changé l'aspect de bien des traitements, la médecine même en a retiré des bénéfices énormes, mais la chirurgie lui doit, pourrait-on dire, tout. En effet, tout y a été bouleversé, des opérations, réputées impossibles ou fatalement mortelles, se font couramment sans aucune mortalité, tous les organes les plus sensibles, les plus importants, ont, tour à tour, été visités par le couteau du chirurgien.

Les grandes pyrexies chirurgicales, si fréquentes autrefois, l'érysipèle traumatique, les septicémies, l'infection purulente, sont aujourd'hui des choses si rares, que nous sommes presque heureux de pouvoir dans notre clinique, en rencontrer un cas ou deux par an, pour pouvoir encore illustrer aux élèves cette partie de l'enseignement. Non-seulement elles ont perdu de leur fréquence devant la toute-puissance des antiseptiques, mais même leur vigueur s'est éteinte.

Nous ne craignons plus l'érysipèle ni ses conséquences, l'infection purulente est entravée dans sa marche, les pyohémies sont supprimées, seuls, le terrible tétanos et l'épouvantable septicémie gazeuse ou gangréneuse nous effraient encore.

Aussi, confiants en eux-mêmes, voyons-nous les chirurgiens de tous les pays opérer de plus en plus pour soulager ou guérir des infirmités ou des maladies, mais, par contre, devenir plus conservateurs des membres blessés, voir même vouloir aller jusqu'à rejeter entièrement et de parti pris, l'amputation traumatique.

Je vous avoue, Messieurs, que, quoiqu'exagérée apparemment, cette doctrine, car elle en est une bien formulée, m'a presque converti, à la suite des résultats si excellents qu'elle

(1) Communication faite à la Société Médicale de Montréal, séance du 20 novembre 1900.

m'a donnés dans les quelques cas où j'ai osé la mettre en pratique.

J'ai pu, dans ces dernières années, grâce à mon abstention quasi systématique, sauver des membres broyés, à large articulation ouverte, avec laceration des tissus superficiels et profonds, et les sauver d'une manière telle, qu'ils sont aujourd'hui de la plus grande utilité à ces malheureux blessés.

J'ai cru, Messieurs, qu'il vous intéresserait d'entendre quelques-unes de ces observations, et surtout de savoir comment il faut faire pour guérir ces membres broyés et déchirés qui semblent, à prime abord, totalement perdus.

La méthode que je viens vous préconiser, n'est pas neuve, elle n'est que la suite de l'enseignement de Verneuil, de Trélat et de Polaillon. A propos des traumatismes de la main, ces auteurs et avec eux, à cette heure, la plupart des chirurgiens français disent: " N'excisez, ne régularisez rien avec le bistouri, pas d'amputation et pas de résections; faites de l'antisepsie et abstenez-vous. Laissez à la nature le soin de sauver, elle con- serve plus que nous et fait au mal une rançon toujours moindre. N'oubliez pas que le chirurgien le plus habile, ignore ce qui va se mortifier et ce qui va continuer à vivre."

Grâce à la désinfection rigoureuse, les accidents septiques ne s'abattent plus sur nos plaies; les éléments anatomiques et les tissus tués mécaniquement meurent seuls: ceux qui sont simplement meurtris revivent et forment des moignons très supérieurs à ceux qu'aurait obtenus le chirurgien forcé de tailler en plein tissu sain.

Mais lorsqu'il s'agit de tout un membre, pouvons-nous préconiser la conservation systématique. Je vous avouerai, Messieurs, que telle n'a pas toujours été ma manière de voir, et je me suis même permis en 1897, de discuter la chose avec mon maître, M. Reclus, qui est le promoteur de la méthode, lui faisant remarquer comme dernier argument, que ce traitement était trop lent, comparé aux résultats expéditifs que nous donnent nos amputations sous le couvert de l'antisepsie. Mais depuis, graduellement, je suis revenu à ses idées sur ce sujet. et si, aujourd'hui, je ne m'abstiens pas d'une manière absolument systématique d'opérer immédiatement dans tous les cas.

il n'y a cependant guère que quand l'amputation est déjà faite, quand le membre, par l'effet de l'écrasement, est complètement séparé du tronc, quand, l'état général du malade, ses forces, l'absence de choc, de stupéfaction, me permettent d'agir de suite, il n'y a guère, dis-je que dans ces cas que je me permets d'intervenir. En dehors de ces cas, je rejette l'amputation, j'embaume le membre blessé et j'attends. Voilà quatre ans que je suis cette ligne de conduite, et les quelques observations que je vais rapporter prouvent amplement qu'elle est bonne.

Ça t'as assez intéressant, il est arrivé pour cette question, ce qui est arrivé pour une foule d'autres choses en chirurgie. Cette méthode de l'embaumement des membres écrasés a eu ses beaux jours autrefois, puis a été abandonnée, et nous la reprenons aujourd'hui.

La presque totalité des chirurgiens du moyen-âge, s'en tenaient à la conservation systématique, mais ils étaient guidés par d'autres principes que les nôtres.

L'amputation était à peine pratiquée avant le XVI^e siècle. On n'osait pas alors porter le fer dans les chairs vives " de peur " de causer une défaillance mortelle, à peine, au niveau d'une " jointure, retranchait-on le membre sphacelé." " On l'embaumait des mêmes substances qui servaient à l'embaumement " des corps, et on en abandonnait l'ablation aux seuls procédés " de la nature." Il a fallu la découverte d'Ambroise Paré, la ligature des artères, pour que l'amputation se généralisât.

En 1761, Bilguer, un chirurgien de l'armée prussienne, effrayé de la mortalité qui sévissait sur les amputés pendant les premières années de la guerre de sept ans, rejette l'amputation et pratique un certain pansement embaumeur, à l'aide de charpie imbibée d'essence de myrthe et d'alcool, après avoir nettoyé la plaie, et en avoir enlevé les esquilles. En 1813, Lèveillé publie quelques observations où il repoussa avec succès et systématiquement l'amputation. Alquier, de Montpellier, Seutin, médecin belge, publient chacun un mémoire sur ce sujet, et c'est tout, jusqu'au moment où Reclus reprend la question en 1894.

Quelle était la raison qui légitimait naguère la conduite des chirurgiens qui amputaient aussitôt après ces graves écrase-

ments des membres? Si l'état général du blessé le permet, si le choc n'est pas trop considérable, opérons de suite, disait-on, avant que l'inflammation se déclare dans ce foyer traumatique de chairs déchirées, broyées, d'os fracassés, le plus souvent souillés de terre, où les germes pathogènes en profusion sur la peau et dans les vêtements ont déjà pénétré et où, sans compter d'autres microbes redoutables, le bacille de Nicolaïer s'est déjà logé.

Le danger disait-on, est imminent, et les complications les plus graves vont s'abattre sur le membre: non seulement il est perdu pour la fonction, mais il est un péril pour l'organisme entier, par les accidents dont il est le point de départ, suppuration diffuse, gangrène foudroyante, infection purulente ou tétanos. Pourquoi ne pas le sacrifier? on ne perd presque rien à l'intervention, puisque le membre est en partie broyé, et l'on y gagne d'éviter les inoculations, en substituant une plaie opératoire aseptique, au foyer déjà infecté.

Dans le temps, ce raisonnement était juste, mais il ne l'est plus maintenant: je crois, mon expérience me le prouve d'ailleurs, que l'embaumement de ces terribles plaies nous met à l'abri et que nous n'avons plus à craindre ces redoutables complications septiques. De plus, grâce aux progrès de la sérumthérapie, une simple injection préventive de quelques centimètres cubes de sérum anti-tétanique, nous met absolument à l'abri du tétanos, il suffit d'y penser, d'avoir un peu de prévoyance, et de se rappeler que c'est une des complications les plus terribles des plaies contuses et qu'elle est toujours à craindre.

Nous n'avons aujourd'hui aucune raison pouvant excuser le chirurgien qui perdrait un de ces cas, faute d'avoir eu recours à cette vaccination absolument efficace et inoffensive. Et d'ailleurs, attend-on que nos immeubles soient incendiés pour les assurer.

La prévention efficace des autres accidents d'infection demande plus de travail: c'est cette technique que je vais essayer de vous décrire. Grâce à elle, nous avons vu des membres sortir solides et utiles d'une aventure que l'on déclarait autrefois ne pouvoir se terminer que par l'amputation ou la mort.

Le blessé est apporté sur la table d'opération, il est enveloppé de couvertes chaudes et, au besoin on lui fait des injections de sérum artificiel, de caféine ou d'éther lorsque le collapsus paraît imminent. Si la sensibilité n'est pas très émoussée, on le soumet à quelques inhalations de chloroforme ou d'éther, car l'intervention est longue et minutieuse. Le foyer traumatique est alors largement exposé et, lorsque les téguments superficiels sont bien brossés, rasés, dégraissés et désinfectés, on s'occupe du foyer profond.

Avec un injecteur à forte pression (seringue-fontaine), rempli d'une solution de sublimé au 1/2000 on inonde d'un jet énergique tous les clapiers, tous les décollements, toutes les anfractuosités de la plaie; à l'aide des doigts introduits dans la blessure qu'ils fouillent en tous sens, on chasse les corps étrangers, les caillots, on enlève, à l'aide des ciseaux ou en les arrachant, les esquilles dépériostées, les lambeaux des muscles, les tendons flottants, et l'on ne s'arrête d'irriguer et de nettoyer que lorsqu'on a longuement et méthodiquement fait la toilette de tout le foyer, et que toute hémorragie a été supprimée, soit par ligature des vaisseaux ou autrement. L'eau chaude a le triple avantage d'être hémostatique, antiseptique et de combattre le refroidissement quand le blessé est endormi. Je l'emploie aussi chaude que mes mains peuvent la supporter.

On procède alors à l'embaumement proprement dit. La plaie est bourrée dans ses anfractuosités, dans chacun de ses diverticules, de bandes de gaze faiblement iodoformées, et imprégnées d'une pommade à substance poly-antiseptique. Elle contient dans la vaseline, de l'acide borique, de l'antipyrine, du salol et un peu d'iodoforme, qui détruisent les germes restés dans la plaie, ou qui s'opposent à leur développement; mais il ne faut pas craindre de tasser la gaze dans tous les interstices, dans toutes les anfractuosités, dans tous les espaces morts, milieux de culture si favorables à la pullulation des micro-organismes.

Ceci étant fait, il ne reste plus qu'à recouvrir la région de coton absorbant, d'ouate stérilisée et de bandages suffisamment serrés, non seulement pour maintenir le pansement en place, mais aussi pour rapprocher les surfaces cruentées, les mettre

en contact et resserrer les cavités, en exprimant même une partie de la gaze et des antiseptiques qu'elles contiennent.

Le blessé est alors transporté dans un lit réchauffé à l'avance, il y est entouré de bouteilles d'eau chaude, recouvert d'épaisses couvertes, et l'on continue, au besoin, de lui administrer des stimulants.

Je laisse le pansement en place durant plusieurs jours de suite, si la température ne monte pas, ou si les douleurs ne se font pas sentir, et c'est généralement ce qui arrive, aucune fièvre, aucune douleur. Quelquefois il se fait un suintement assez abondant qui souille le pansement et oblige de le changer; mais alors, je n'enlève que la ouate et le coton absorbant, je ne touche pas aux lanières de gaze, je remplace de nouveau coton, de nouvelle ouate, des bandes neuves, et j'attends, quelquefois huit, quinze jours même.

Quand il s'agit de changer complètement le pansement c'est la chose la plus facile, car les bandes, profondément situées, encore imprégnées de la pommade, ne sont aucunement adhérentes, et se laissent sortir sans difficulté.

Après irrigation complète au sublimé chaud et assèchement de la plaie, de nouvelles bandes encore imprégnées de la même pommade sont mises en place et la région est de nouveau recouverte du pansement ordinaire qui reste encore plusieurs jours sans qu'on y touche, le renouvelant au besoin, mais aussi peu souvent que possible.

Quelquefois, dans les derniers jours de la cicatrisation, on abandonne ce pansement gras qui active parfois trop la granulation et on le remplace par le pansement sec ordinaire.

Voyons maintenant quelques-unes de nos observations:

OBSERVATION I. — Dans l'automne de 1896, je suis appelé à l'Hôpital Notre-Dame vers les huit heures du soir pour un pauvre malheureux forgeron, français d'origine, qui venait de se faire écraser par un tramway. Je lui trouve tous les doigts de la main gauche broyés, les phalanges fracassées et les chairs déchirées: son bras droit est encore plus malmené, la roue du tramway semble avoir passé sur son coude, l'articulation est largement ouverte.

Après avoir fait prendre au blessé un verre de cognac, pour

soutenir ses forces défaillantes, je procède à la désinfection de ces plaies multiples. Je brosse avec savon et eau chaude les environs des blessures, je mets un irrigateur contenant une solution de bichlorure à un millième, chaude, j'inonde la plaie du coude, je fouille de son jet toutes les anfractuosités des larges décollements, je fourre mes doigts, complètement aseptisés d'avance bien entendu, dans la plaie, j'en retire des caillots et des débris d'os fracassés, j'attire l'olécrâne, l'épithroclée et une partie de l'épicondyle, et, après avoir enlevé, à l'aide de ciseaux, les parties de chair pendantes et voulant se détacher, j'assèche complètement dans tous ses diverticules des lisières de gaze iodoformée, imprégnées de la pommade antiseptique dont j'ai déjà fait mention. Je ne fais aucun point de suture, je recouvre le tout de coton hydrophile aseptisé que je fixe avec un bandage léger, et je place le membre à angle droit, pratiquant la contention à l'aide d'une gouttière en cuir que je fixe par des bandelettes de diachylon et une bandage circulaire.

Je fais alors à peu près le même traitement à la main que je fixe sur un rouleau pour lui faire prendre la position demi-fermée, au cas où l'ankylose s'en suivrait.

Main et coude guérissent rapidement, les doigts conservant une certaine mobilité et le coude ankylosé à angle droit.

Il y eut procès et mon pauvre blessé ne put obtenir la totalité des dommages qu'il réclamait, le juge trouvant qu'il pouvait encore exercer son métier.

OBSERVATION II. — Au mois d'août 1897, je suis appelé à l'Hôpital Notre-Dame dans le cours de la nuit, pour un malheureux qui, ayant voulu sauter au bas d'un train en marche, pour ne pas, sans doute, avoir la peine de montrer son billet de passage, s'est brisé, me dit-on, les deux jambes: l'amputation est urgente.

M'étant rendu immédiatement à l'hôpital, je constate que les articulations tibio-tarsiennes sont totalement disloquées, et que, de plus, du côté gauche, les os des jambes sortent des deux côtés à travers les chairs, le péroné seul fait hernie, l'articulation est ouverte largement et remplie de terre. La jambe droite est encore plus abîmée, la malléole interne ayant été arrachée, le pied est tout-à-fait renversé en dedans, et la totalité de l'articu-

lation est exposée par une large plaie. Le tibia, en plus, est fracturé à son tiers moyen. Le blessé est très-déprimé et souffre terriblement.

Voyant que les deux jambes sont également en danger, et considérant que, tant qu'à amputer, il faudrait amputer les deux membres, considérant de plus l'état de dépression profonde où se trouve le blessé, je décide l'embaumement.

Après lui avoir injecté 1/30 de strychnine, je lui fais administrer dans son lit même quelques bouffées de chloroforme, et je procède au pansement. Nettoyage et brossage ordinaire des régions blessées. A l'aide d'un jet énergique de sublimé chaud, solution au deux millièmes, essuyant, avec mes doigts ou des tampons stérilisés, les surfaces souillées, je réussis à enlever tous les corps étrangers, et à nettoyer les deux articulations. Avant de les remettre en place je les enduis de la pommade antiseptique. La réduction faite des deux côtés, je bourre les plaies de bandes de gaze imprégnées de pommade, puis pansements compressifs et appareils à contention en bois.

Résultat: Je sauve complètement le pied gauche, l'articulation conservant ses mouvements, mais il a fallu amputer plus tard la jambe droite, non pas pour cause d'infection, mais parce qu'il fut impossible de maintenir la réduction, la luxation tibio-tarsienne se reproduisant à chaque pansement. Je n'eus pas, d'ailleurs, l'avantage de compléter le traitement, le blessé ayant eu dans l'intervalle, à changer de médecin.

OBSERVATION III. — Dans le cours de l'été de 1898 on apporte, à l'hôpital, un jeune homme de 18 ans, qui venait de se faire broyer la jambe droite, par la chute d'un des immenses rails de la M. S. R. Le tibia était fracassé en plusieurs fragments dans son tiers moyen et la peau, écrasée et déchirée sur une étendue de près de trois pouces, laissait échapper les chairs palpitantes.

Jugeant immédiatement de la gravité du cas, je fais part de mes craintes au père qui se trouvait là, et je lui demande l'autorisation d'amputer immédiatement, si je le juge à propos, pendant que son fils sera mis, sans tarder, sous l'influence du chloroforme.

La permission étant donnée, je réchauffe le blessé, je le sti-

mule, je le fais transporter à la salle d'opération et lui fais administrer un mélange d'alcool, ether et chloroforme, A. C. E.

Le champ opératoire étant parfaitement nettoyé et stérilisé, j'inonde de sublimé, solution chaude au millième, la blessure que je fouille de mes doigts, pendant que je continue l'irrigation. Après avoir constaté de vastes décollements de la peau, j'enlève un fragment presque complètement détaché du péroné, j'arrache deux autres fragments du tibia, je résèque à la scie les quatre extrémités osseuses que je perce et que je relie, deux à deux, par deux sutures métalliques. Toute hémorragie étant supprimée, je procède à l'embaumement par le procédé ordinaire, j'entoure le membre de coton et d'ouate que je fixe par un léger bandage, et, une gouttière plâtrée d'Hergott vient compléter l'appareil.

La guérison, il est vrai, se fit attendre longtemps, mais l'union osseuse se fit tout de même solide et droite, et, depuis longtemps, mon blessé marche parfaitement bien, sans aucune boiterie, malgré un léger raccourcissement.

OBSERVATION IV, V.— L'an dernier, vers le commencement d'octobre, il m'arrive à l'hôpital, coup sur coup, un pour la salle Ste-Marie et l'autre pour celle du Sacré-Cœur, deux blessés, venant chacun de se tirer accidentellement un coup de fusil dans la région tibio-tarsienne du pied droit. Dans les deux cas, la charge de plomb à canard, tirée à bout portant, avait fait balle, dans les deux cas l'extrémité inférieure du péroné est emportée l'articulation tibio-tarsienne est largement ouverte et criblée de chevrotines. Chez celui de la salle Ste-Marie, l'articulation est même ouverte de part en part.

Ici, encore, j'ai recours à l'embaumement. J'enlève autant que possible tous les grains de plomb que je puis rejoindre, j'irrigue longuement de bichlorure les blessures profondes, je les bourre de bandes de gaze imprégnées de pommade, j'enveloppe de pansements ordinaires et j'applique les attelles appropriées.

Tous deux guérirent parfaitement bien, sans faire aucune infection et en conservant la presque totalité de mouvements de leur articulation si éprouvée.

OBSERVATION VI. — En septembre dernier, un cultivateur

de Standbridge, est apporté à l'Hôpital Notre-Dame, pour se mettre sous mes soins. Il était, me raconte-t-on, à faucher son champ, quand un des chevaux attelés à sa faucheuse prend peur, se mâte, et se prend une jambe de devant par-dessus le timon. Aussitôt il descend de son siège et se met en train d'essayer de tirer le cheval de sa fausse position. Celui-ci croit probablement qu'il va lui faire mal, se fâche et le saisit par la main gauche. Voulant se faire lâcher, mon cultivateur frappe à la tête, de son autre bras, l'animal, furieux, lâche sa prise, mais attrape l'avant-bras droit par le milieu, le mord d'une manière épouvantable et le tient jusqu'à ce que d'autres personnes attirées par les cris du blessé viennent délivrer ce dernier.

J'examine d'abord superficiellement ces atroces blessures au lit même du malade, et je l'avertis de suite, lui et ses parents venus pour l'accompagner, que je ne peux rien promettre, qu'il me faut toutefois le mettre sous l'influence des anesthésiques, et qu'alors seulement, je pourrai décider ou rejeter l'amputation. Le blessé, comprenant bien la situation, me donne plein pouvoir.

Je lui fais injecter un trentième de grain de strychnine et le fais transporter à la salle d'opération où mes assistants l'endorment et préparent les régions à opérer. Les instruments nécessaires à une amputation, à une résection avec sutures métalliques ou à un simple embaumement, sont, pendant ce temps, stérilisés et préparés.

J'hésite beaucoup avant de prendre une décision. L'avant-bras est dans un état épouvantable. Le radius et le cubitus sont fracassés dans leur tiers moyen, la peau, à ce niveau, est déchirée, déchiquetée, décollée et deux larges plaies établissent une vaste communication à travers l'avant-bras. De ces blessures je sors des lambeaux de muscles, de tendons, d'aponévroses, et des fragments d'os, voir même de l'herbe et de la terre.

La main gauche a été, elle aussi, broyée et déchirée dans sa presque totalité, au niveau de l'extrémité inférieure des métacarpiens, dont les trois du milieu sont fracassés.

Je décide tout de même de tenter la conservation, me disant qu'il serait trop pénible d'enlever le bras droit à cet homme, auquel il ne resterait qu'une main gauche, qui, malgré le traite-

ment le mieux suivi, devait nécessairement rester infirme, et encore, j'avoue que je n'étais pas même certain de pouvoir la sauver.

Je nettoie ces blessures aussi minutieusement que possible, je les irrigue, en tous sens, d'un fort jet de solution du sublimé au millième, aussi chaud que mes doigts peuvent l'endurer, j'enlève, je détache tout ce que peut venir facilement, puis je résèque les quatre extrémités de mes os que je perfore et que je réunis deux à deux par des sutures métalliques.

Toute hémorragie étant contrôlée, je remplis ces plaies, leurs décollements et leurs diverticules, de bandes de gaze et de pommade, j'entoure le membre d'un pansement ordinaire et je le fixe entre deux attelles, seul appareil de contention qu'il m'est possible d'employer dans ce cas.

J'embaume alors la main gauche où je ne pratique aucune suture.

Le blessé est transporté dans un lit réchauffé à l'avance, je donne l'ordre de continuer au besoin la stimulation par les injections, et, craignant à bon droit le tétanos, je prescris une injection préventive de sérum anti-tétanique.

Qu'advint-il de cette tentative plus que hardie?

Je conservai l'espoir pendant un mois, de sauver les deux membres, malgré qu'à chaque pansement il s'éliminait une grande quantité de chairs gangrénées. Malheureusement, un beau matin, en faisant mes pansements je découvris que les fragments inférieurs du radius et du cubitus étaient totalement nécrosés, l'amputation s'imposait. Les chairs cependant étaient belles, la sphacèle s'était toute détachée graduellement, et les plaies étaient nettes. Je pratiquai l'amputation le surlendemain. Dix jours plus tard ce bras était guéri.

J'ai revu le malade hier même. La main gauche n'est pas encore complètement guérie, il en est sorti plusieurs esquilles, cependant, elle va certainement guérir complètement et sera très-utile à mon pauvre blessé.

Malgré que ma tentative de conservation soit en partie manquée, il est remarquable cependant, que j'aie pu faire tout ce long traitement, sur des blessures si graves, sans que le malade s'infectât sérieusement, je lui faisais la remarque, en le voyant

hier, que son état général semblait être excellent, qu'il me paraissait même avoir pris de l'embonpoint.

OBSERVATION VII. — Dernièrement un petit garçon de sept ans se fait traîner par le "fender" d'un tramway, et la friction de son genou gauche sur la terre le dépouille sur une surface ronde, d'environ 2½ pouces de diamètre, et ce, si profondément, que le condyle interne du fémur est totalement mis à nu, que le ligament interne est enlevé et que l'articulation est largement ouverte. Toute la plaie est enduite de glaise qui tient fortement aux tissus.

Mon interne fait le premier pansement. Le lendemain de l'accident tout semble aller bien jusqu'au soir où il se fait une violente poussée de température. Le pouls devient rapide, le malade délire, bref il passe une très-mauvaise nuit.

Le lendemain matin je regarde moi-même la blessure. Je prescris des pansements humides à l'acide phénique, à changer 4 fois dans les 24 heures, et une longue irrigation chaude au sublimé chaque fois que l'on changera le pansement. Je recommande aussi une injection préventive de sérum anti-tétanique.

Deux jours plus tard le petit blessé allant mieux, je le fais transporter à la salle d'opération, là, j'élargis l'ouverture de son articulation que je lave longuement et que je remplis de bandes de gaze pommadées. Pansement compressif et attelle postérieure.

Cet embaumement, fait après que l'infection fut bien établie, réussit cependant bien et aujourd'hui, après avoir, un jour, parlé d'amputation de la cuisse, qui fut d'ailleurs rejetée par les parents, j'espère sauver et la jambe et le malade qui ne sont pas trop mal ni l'un ni l'autre.

OBSERVATION VIII. — Vers le milieu d'octobre dernier, un pompier, en allant au feu le soir même de ce désastreux incendie où cinq enfants périrent dans les flammes, tombe d'une des grandes échelles mécaniques sur l'asphalte et se fait écraser le pied droit par une des roues de derrière de la lourde machine. 14.000 lbs m'a-t-il dit.

Il est immédiatement apporté à l'hôpital où on lui met temporairement un pansement humide à l'acide phénique. Je ne le vois que le matin vers dix heures lors de ma visite.

Je constate de suite la gravité du cas, et ce qui m'effraie surtout, c'est que je sens de la crépitation gazeuse jusque vers le milieu de la jambe, ce qui me fait naturellement craindre que la septicémie gazeuse soit déjà en marche.

Le blessé compte sa jambe perdue, aussi n'ai-je aucune peine à le faire se soumettre à toute éventualité.

Transporté immédiatement à la salle d'opération, il est mis sous l'influence du chloroforme, puis je procède, tout en nettoyant, brossant et irriguant, à un examen complet et minutieux de la blessure.

Je trouve une plaie oblique s'étendant de la malléole interne vers l'angle du talon. Par cette plaie je constate de vastes décollements qui remontent en dedans jusqu'au sommet du tiers inférieur de la jambe, la face plantaire du pied est presque totalement décollée, le calcanéum l'est entièrement, en dedans, en dehors et en arrière, et je trouve en plus l'articulation tarso-métatarsienne du premier métatarsien complètement luxée, capsule déchirée et surface cartilagineuse absolument à nue dans ce vaste clapier, cependant aucune trace de fracture.

Je réduis la luxation, m'aidant de mes doigts, introduits dans la plaie, je fais une contre-ouverture en dehors du calcanéum, j'incise la peau de la jambe à deux endroits différents, là où la crépitation est le plus en évidence et, après avoir longtemps inondé de sublimé la blessure dans tous ses recoins, je procède à l'embaumement tel que décrit, et je recouvre le tout d'un pansement compressif.

Le lendemain la température est descendue presque à la normale, la crépitation est disparue, mais le pansement est souillé d'un suintement séro-sanguinolent. Je me contente de changer le pansement extérieur, et ce n'est que huit jours plus tard que je commence à enlever mes bandes de gaze que je les trouve encore imprégnées de pommade, la plaie ne contient aucune trace de pus.

Aujourd'hui le blessé est presque guéri, il marche déjà depuis plusieurs jours avec des béquilles, mais il ne tardera pas à s'en passer ayant bientôt à sa disposition deux pieds également bons.

**PÉRITONITE GÉNÉRALISÉE PAR PERFORATIONS
INTESTINALES, DANS UN CAS ATYPIQUE DE
FIÈVRE TYPHOÏDE, INTERVENTION
CHIRURGICALE, MORT (1)**

PAR

A. MARIEN
Agrégé-Chirurgien de l'Hôtel Dieu.

L.-J.-V. CLEROUX
Agrégé-Médecin de l'Hôtel-Dieu.

M.M. je vous présente au nom du docteur Cléroux et au mien, l'observation d'un cas extraordinaire de péritonite généralisée avec ulcérations, sphacèle et perforations de la dernière partie de l'iléon, sur une longueur d'un mètre environ.

Voici cette portion de l'intestin grêle que nous vous prions d'examiner.

Toutes les tuniques du tube intestinal sont malades et plus ou moins désorganisées par l'inflammation.

Vous verrez que la surface muqueuse est farcie de larges ulcérations, qui ont une forme serpigneuse, et dont la direction est surtout suivant le grand axe de l'intestin; les unes profondes avec des bords taillés à pic, ont une largeur de deux à trois centimètres et une longueur de six à huit centimètres, les autres sont plus petites.

Au niveau des ulcérations principalement, les lésions anatomiques des autres tuniques de l'intestin sont très graves: la sous-muqueuse, la musculuse et la séreuse sont confondues dans de larges plaques verdâtres; ces plaques nécrosées sont très-amincies et criblées d'une multitude de petites perforations microscopiques.

A l'ouverture du ventre, qui était considérablement ballonné et qui contenait environ un litre de liquide séro-purulent, la surface séreuse de tout l'intestin grêle très-dilaté se présentait avec les caractères suivants: d'un rouge grisâtre, la séreuse dépolie est vivement enflammée, dans toute son étendue. Au niveau seul des ulcérations profondes de la muqueuse, il existe, sur

(1) Communication faite à la Société Médicale de Montréal, séance du 30 octobre 1900.

cette surface séreuse, des plaques foncées, d'un jaune verdâtre, recouvertes de fausses membranes: ces fausses membranes constituent des adhérences, entre les anses qui se touchent, et que l'on est obligé de briser pour dérouler l'intestin.

Il existe même dans la partie moyenne du grêle un volvulus récent, mais assez solide déjà pour former une obstruction intestinale grave, qui a dû précipiter, pour une large part, le dénouement fatal.

En effet, au-dessus de l'anse maintenue enroulée par des adhérences, l'intestin est rempli d'un liquide noirâtre, qui vient de l'estomac également distendu, tandis qu'au-dessous de l'obstacle, l'intestin vide et moins dilaté, ne contient que des gaz.

Ce qui nous cause le plus de surprise dans ce ventre, c'est de trouver, facilement, l'appendice intact au sein de cette péritonite purulente et au milieu de ces anses intestinales si malades: toutes les lésions étaient cantonnées dans la fosse iliaque droite, les plaques et les adhérences siégeaient sur les anses d'intestin qui environnent immédiatement l'appendice et le cœcum, comme on les trouve dans les péritonites appendiculaires: c'est en effet l'impression que nous avons eue, une fois le péritoine ouvert.

Mais à l'autopsie, en examinant les pièces de plus près, en incisant l'intestin, il est facile de se rendre compte que la péritonite n'est pas appendiculaire, mais qu'elle a été causée par des ulcérations avec perforations de l'intestin.

Malgré les aspects assez caractéristiques de ces ulcérations typiques nous avons chargé notre interne M. Gravel d'en rechercher l'élément pathogène. Le séro-diagnostic et des cultures faites avec le sang recueilli aseptiquement dans la rate nous ont révélé qu'il s'agissait d'une infection par le bacille typhique. La rate cependant est à peine augmentée de volume: les autres organes n'offrent rien d'intéressant à noter, sauf le rein droit, qui est petit et scléro-kystique, mais qui avait présenté cependant, comme vous le verrez dans l'observation clinique, tous les symptômes d'hydronéphrose, pour lesquels nous devons intervenir.

Nous avons commencé par vous présenter les pièces anatomopathologiques de notre observation et nous vous les avons

décrites telles que trouvées à l'autopsie, tout en vous confessant qu'elles ont été pour nous, une véritable *trouvaille* d'autopsie, afin d'attirer tout spécialement votre attention sur les difficultés du diagnostic de ces grosses lésions de l'intestin.

En effet le diagnostic clinique d'ulcérations typhiques n'avait pas été fait, et nous croyons qu'il était impossible de le faire par les moyens ordinaires offerts par la clinique.

En étudiant et en analysant les symptômes présentés par notre malade, vous conviendrez, Messieurs, que nous nous sommes trouvés en présence d'un véritable *paradoxe* clinique.

Pour notre part, nous n'avons jamais été à même d'observer un cas analogue et nous n'avons jamais entendu rapporter d'observation semblable.

OBSERVATION. — Il s'agit d'une jeune fille de 19 ans, qui a, pour tout antécédent pathologique, une fièvre scarlatine survenue vers l'âge de huit ans. Cette infection scarlatinense a bien guéri, en laissant cependant, nous le croyons, pour trace, un rein scléro-kystique.

Réglée vers l'âge de 14 ans, elle a eu ses menstruations régulièrement et normalement jusqu'à il y a 4 à 5 mois. Depuis cette époque, suppression totale des règles, sans cependant rien présenter du côté des annexes et de l'utérus.

La malade a souvent souffert de faiblesse et de dyspepsie accompagnée de constipation depuis 3 à 4 ans.

Un mois et demi avant sa mort, elle s'est plaint, pour la première fois, de douleurs très intenses dans le flanc droit; douleurs qui durèrent environ 24 heures et disparurent avec une injection de morphine.

L'examen du ventre qui est creux, *en bateau*, fait constater à ce moment un rein droit douloureux, augmenté de volume et abaissé au troisième degré.

Il y a manifestation de l'anurie incomplète suivie, le lendemain, de mictions abondantes; l'urine contient alors un gramme d'albumine par litre et de nombreux cylindres hyalins.

Pas de température et pas de symptômes intestinaux, pas de diarrhée, plutôt de la constipation.

Tout rentre dans l'ordre; le lendemain le rein droit diminue

de volume et la constipation disparaît à la suite de massages intestinaux quotidiens, qui sont très bien supportés.

Environ deux semaines plus tard, à l'occasion d'une longue marche, nouvelle attaque d'hydronéphrose qui dure encore deux jours, et disparaît comme la première.

Une quinzaine de jours après cet accès, à la suite d'une chute assez sérieuse dans un escalier, une troisième attaque se manifeste mais dure plus longtemps que les autres, sept à huit jours.

C'est à ce moment que l'on propose une intervention chirurgicale sur le rein. " une exploration suivie d'une néphrospie " ; l'opération est acceptée.

Depuis le début de la maladie jusqu'à ce jour, c'est-à-dire le cinquième avant la mort, la température prise régulièrement tous les deux jours, s'est maintenue à peu près vers la normale, mais le pouls a toujours été rapide, variant entre 110 et 120 pulsations à la minute ; jamais de diarrhée, pas de traces de sang dans les selles ni de symptômes péritonéaux.

La veille de l'entrée de la malade à l'hôpital, le ventre, qui avait toujours été remarquablement déprimé, chez cette personne très-maigre, commença à se ballonner sans cause apparente ; la température s'élève à 100 degrés F., et le pouls bat à 135. Le lendemain, 6 octobre, elle arrive à l'hôpital, avec des symptômes graves de péritonite généralisée : le ventre est fortement ballonné et très sensible à la pression, surtout dans la fosse iliaque droite ; le tympanisme est manifeste, excepté dans la région appendiculaire où il existe nettement de la submatité. Il y a quelques vomissements alimentaires et de très-rares émissions de gaz, par l'anus ; un lavement glycérimé provoque une bonne évacuation de selles normales. Pour la première fois le facies est grippé et l'haleine fétide, la malade est agitée et a un peu de délire ; vers les sept heures du soir, la température est à 102° F., et le pouls à 135 et petit.

Le lendemain matin 7 octobre, l'état général semble s'être amélioré sensiblement, après chaque injection de sérum artificiel à la dose de 100 grammes.

En effet la température est tombée à 99 2/5 et le pouls à 112 la malade sommeille presque tout le temps, la sensibilité du ventre a diminué considérablement, tout en restant cependant

plus marquée du côté droit, le ballonnement est le même, malgré le passage de nombreux gaz par l'anvs: la langue est pâle, mais très propre. Pas de vomissement depuis hier au soir à 11 heures.

8 octobre, a passé une nuit très agitée, douleurs abdominales spontanées et intermittentes, a eu deux vomissements après avoir pris du lait, sueurs froides et abondantes; le matin, amélioration générale, le pouls 100, petit mais régulier, température 99°, quelques nausées, mais pas de vomissements, la langue est humide, rosée et très-propre; sommeil durant quelques heures, un lavement glycérimé fut suivi d'une selle copieuse, plutôt solide que liquide mais pour la première fois un peu noirâtre, émission abondante de gaz qui laisse cependant le ventre aussi ballonné qu'auparavant.

Attendu que l'amélioration est à peu près constante depuis deux jours et que le diagnostic n'est pas fait, nous nous abstenons de toute intervention chirurgicale pour nous en tenir à la méthode expectative. Le 9 octobre au matin, malgré une respiration de 20, une température de 100 et un pouls de 96 mais compressible, l'Hospitalière nous avertit, de très bonne heure, que le tableau s'est assombri et que la nuit a été des plus mauvaises.

Vomissements noirs et très fréquents, délire, facies grippé, sueurs froides, ventre *endoloré* avec ballonnement énorme, le pouls devient presque imperceptible. La mort devient imminente, dans l'espace de quelques heures.

Comme dernière et unique planche de salut, nous faisons *in extremis* une laparotomie, qui est suivie de mort.

RÉFLEXIONS. — Notre observation nous a semblé intéressante non-seulement parce qu'il s'agit d'un cas de fièvre typhoïde *sans fièvre*, sans élévation de la température (déjà un certain nombre de faits analogues ont été publiés) mais parce que notre malade n'a présenté aucun autre signe clinique, aucun autre symptôme de dothiéntérie. L'attention n'a été attirée du côté des intestins que par la péritonite et une péritonite presque foudroyante. Avec des intestins aussi gravement atteints, pas de diarrhée, pas d'entérorragie, pas de douleurs provoquées à la palpation des intestins avant la péritonite.

La langue très-propre, le facies quoique amaigri ne présentaient rien de caractéristique qui puisse donner l'éveil au clinicien.

Comme *coïncidence*, il est assez curieux de noter l'ectopie rénale avec des accidents très-évidents d'hydronéphrose intermittente, pour lesquels nous devions intervenir chirurgicalement juste au moment où la péritonite a éclaté.

La péritonite elle-même, qui offrait tous les caractères d'une péritonite appendiculaire, ne contribuait pas peu à rendre le diagnostic très-difficile.

Enfin la malade, qui semblait se défendre très bien contre sa péritonite généralisée, *est morte en s'améliorant, d'une obstruction intestinale aiguë* par volvulus survenu dans les dernières heures, au cours d'une fièvre typhoïde atypique.

HOPITAL NOTRE-DAME

Nomination d'un chirurgien en chef.

Monsieur le docteur O. F. Mercier vient d'être nommé chirurgien en chef de l'Hôpital Notre-Dame. Il succède au professeur Brosseau, décédé.

La direction de l'UNION MÉDICALE félicite sincèrement le nouveau titulaire qui a toujours été un de ses collaborateurs les plus assidus.

AVIS

Nous mettons les médecins en garde contre un certain solliciteur étranger pour livres, français ou autres.

Son commerce n'est qu'un prétexte à un espèce de chantage dont quelques médecins ont eu à souffrir dans ces derniers temps.

Surtout, ne signez aucun engagement.

Prière de noter également que M. Quéva n'est plus à l'emploi de la Cie des Médecines Patentées Françaises, et qu'il n'a dès lors aucun droit de se présenter au nom du *Journal* ou de la Compagnie.

REVUE GÉNÉRALE

L'HYGIÈNE AU CONGRÈS DE PARIS

Dans le numéro d'octobre des *Annales d'Hygiène publique et de médecine légale*, M. le docteur Reille publie une excellente analyse des travaux du Congrès d'hygiène et de démographie. Le défaut d'espace nous empêche de reproduire cette analyse en entier: nous nous contentons d'en publier un résumé succinct.

HYGIÈNE ALIMENTAIRE.

La première qualité d'une substance alimentaire est de ne contenir aucun principe pouvant porter atteinte à la santé de celui qui s'en nourrit. Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi et, soit dans la viande, soit enfin dans les eaux destinées à la boisson, les examens physique, chimique et bactériologique, permettent souvent de déceler soit des parasites, soit des toxines, soit enfin des micro-organismes qui peuvent entraîner pour ceux qui les ingèrent des accidents fâcheux, dont l'issue peut parfois être mortelle.

1° Viandes. — En ce qui concerne les viandes, deux cas sont à considérer: la viande est consommée fraîche ou bien à l'état de conserves.

(a) *Viandes fraîches.* — L'inspection des viandes devrait être générale, obligatoire et uniforme. *Générale*, parce que le danger de la viande malsaine s'aggraverait dans les pays non surveillés; *obligatoire*, parce que ces localités ou ces pays deviendraient des foyers menaçants pour les territoires inspectés et annihileraient la plupart des mesures de sauvegarde prises dans ces derniers; *uniforme*, parce que, dans les pays soumis à une réglementation plus tolérante on pourrait facilement acheter ou vendre des viandes nocives ou de qualité inférieure, et aussi parce que, dans les régions où la réglementation serait

trop sévère, ou rendrait plus onéreuse l'alimentation des pauvres et qu'on nuirait à l'agriculture en lui retirant, sans nécessité, un certain nombre de débouchés et de profits dont elle a besoin.

La réglementation de l'inspection des viandes dans les abattoirs publics, dans les tueries particulières, dans les établissements de préparation et de vente, doit reposer sur des bases scientifiques précises, dont la valeur a été contrôlée par l'expérience. L'inspection doit être confiée à des personnes qualifiées, ayant des connaissances suffisantes, c'est-à-dire à des médecins vétérinaires.

La viande qui est mise en vente devrait être estampillée par les inspecteurs. Lorsque la viande est douteuse, sur la limite, et exige pour être consommée sans danger des précautions spéciales, on ne devrait la mettre en vente que dans des établissements désignés à cet effet, et connus du public (Freibank, étal de basse boucherie).

En ce qui concerne les conserves, les salaisons, les produits si variés de la charcuterie, il importe non-seulement de surveiller l'état et la nature des matières premières fraîches, mais la disposition des locaux, le matériel et les procédés de fabrication, l'emploi des matières colorantes et conservatrices, des amidons et des épices, ainsi que le nettoyage des intestins.

(b) *Conserves de viande.* — Il est certain que l'ingestion des conserves de viande a souvent déterminé des accidents, mais, contrairement à ce que l'on a pu croire, les accidents sont très-rares dans l'armée française, si l'on considère la quantité des produits annuellement ingérés (3 millions de boîtes renfermant chacune la ration quotidienne de cinq hommes) et le nombre des consommateurs. En 1897, il n'y a eu dans l'armée que 201 cas d'intoxication, et 198 en 1898.

Caractères des accidents. — Souvent il n'existe que des signes d'intolérance gastrique et des troubles intestinaux qui, le plus souvent, se traduisent par des signes de gastro-entérite pouvant aller jusqu'aux évacuations sanglantes; des symptômes nerveux (céphalée, somnolence, rachialgie, myalgie, crampes musculaires, mydriase, sécheresse de la gorge, anxiété respiratoire); troubles circulatoires (cyanose, faiblesse du cœur, collapsus); en-

fin il existe souvent aussi de l'*albuminurie*. Leur évolution s'accompagne habituellement d'un mouvement fébrile qui s'élève jusqu'à 39 et 40 degrés centigrades. Ces traits sont communs au botulisme, dû à l'ingestion de viandes autres que celles des conserves. La gravité des accidents est généralement modérée; la mort en est la terminaison exceptionnelle, si tant est qu'elle ne relève point d'infections secondaires, greffées sur l'accident primitif.

La marche de l'infection est variable suivant les cas; il arrive parfois que les accidents débutent presque aussitôt après l'infection, de deux à six heures; dans ce cas, l'on doit supposer qu'il existait dans la conserve une substance toxique préformée, occasionnant une intoxication suraiguë. Le plus souvent les accidents se manifestent plus longtemps après le repas, de douze à cinquante heures, c'est-à-dire à la suite d'une incubation analogue à celle qui appartient aux maladies microbiennes.

Causes des accidents. — Les intoxications par les poisons minéraux, particulièrement le plomb, peuvent exister, mais sont très rares. On s'est demandé si, en vieillissant, sous l'influence du temps, des variations de température et de certaines réactions chimiques, en dehors de toute action microbienne, il pouvait se produire des transformations capables d'aboutir à la production de substances toxiques. Cette hypothèse ne semble guère vraisemblable et les expérimentations chimiques et physiologiques n'ont fourni aucun résultat. La présence de produits toxiques ne peut donc guère s'expliquer que par d'autres hypothèses.

Tout d'abord, *la viande de conserve peut provenir d'animaux abattus en état de maladie*; il peut arriver que, dans ces cas, la viande se trouve imprégnée de produits toxiques, qui ne sont pas complètement détruits par la température à laquelle s'effectue la stérilisation.

En second lieu, *la toxicité de la viande contenue dans la boîte de conserves peut provenir de retard ou d'imperfection au cours des opérations de stérilisation*. Cette circonstance se produira si un laps de temps trop long s'écoule entre l'emboitage de la conserve et sa stérilisation; par les temps chauds, il suffira en effet

de vingt-quatre ou douze heures pour que la putréfaction de la viande s'établisse. Tel est ainsi le fait de ces conserves *fuitées* par le chauffage à l'autoclave et qui, après plusieurs jours, sont soudées à nouveau, puis *représervées* suivant le terme du métier, c'est-à-dire, stérilisées. Dans l'intervalle qui sépare les deux opérations, la viande a pu se faisander; la deuxième stérilisation arrête à coup sûr la putréfaction, mais ne rend pas, à coup sûr, la conserve inoffensive.

Enfin, dans une boîte de conserves insuffisamment stérilisée, les germes peuvent persister vivants et se développer par la suite. Il est certain qu'un certain nombre de boîtes de conserves contiennent des micro-organismes vivants, malgré la stérilisation: en effet, il n'est pas rare de voir survenir dans des boîtes parfaitement closes une fermentation putride, qui se traduit par le bombement de la boîte sous la pression des gaz intérieurs, et est due à l'action des germes anaérobies. Dans d'autres boîtes, semblant parfaitement saines, on peut produire la fermentation putride en y faisant pénétrer de l'air rigoureusement aseptique. Dans ces conditions, les micro-organismes aérobie qui sont contenus dans la boîte prolifèrent, et la végétation bactérienne débute par la tranche superficielle exposée à l'air pur, pour ensuite gagner de proche en proche la profondeur. Des recherches du prof. Vaillard, il résulte que la proportion des boîtes de conserves contenant des germes ainsi revivifiables est considérable et peut atteindre 70 à 80 p. c. C'est là un danger, car il arrive souvent que les boîtes de conserves, surtout quand elles sont consommées à la caserne, sont ouvertes dans les cuisines, où la température est élevée et favorable à la prolifération microbienne, pendant plusieurs heures avant qu'il en soit fait usage.

La boîte contenant les conserves doit être hermétiquement close et les parois ne doivent contenir aucune substance nuisible. L'étamage de l'intérieur des boîtes doit être pratiqué à l'étain fin, et non au plomb. Si l'étamage n'est pas suffisant, le fer sous-jacent peut être attaqué par le contenu des boîtes et il se produit un dégagement gazeux (hydrogène).

Les viandes conservées doivent être consommées dans un certain délai. De là la nécessité de mettre la date de fabrication sur les boîtes ou flacons.

(c) *Conservation des substances alimentaires à l'aide d'antiseptiques.* — Certains hygiénistes ont proposé que l'addition d'antiseptiques (addéhyde formique, acide borique et borate de soude, acide sulfureux et bisulfites, fluorure de sodium) à une denrée alimentaire soit signalée par le vendeur et que la dose permise soit légalement fixée. Cette dernière partie de la proposition est inadmissible, car une dose inoffensive chez une personne bien portante peut donner lieu à des accidents chez telle autre dont les moyens d'élimination sont défectueux. De plus, ce qui est dangereux, ce n'est pas la dose de produit antiseptique quel qu'il soit qui est journellement ingérée, c'est l'accumulation successive de ces petites doses quotidiennes, par exemples chez une personne soumise au régime lacté absolu et absorbant du lait contenant de l'acide borique. Il est incontestable que bien des malaises, dont on recherche la cause ailleurs, sont dûs à l'ingestion de denrées conservées à l'aide d'antiseptiques.

L'addition d'antiseptiques dans les denrées alimentaires produit les résultats suivants :

- 1° Elle est susceptible de nuire à la santé :
- 2° Elle peut permettre de conserver des éléments ayant déjà subi un commencement d'altération ;
- 3° Elle modifie le plus souvent la composition des éléments organiques.

Il y a donc lieu d'interdire l'emploi des antiseptiques quels qu'ils soient, nocifs ou non, dans toutes les matières alimentaires.

2° *Eau de boisson.* — L'eau de boisson contaminée est l'un des grands moyens de propagation de certaines maladies.

(a) *Les microbes pathogènes des eaux et du sol.* — Les eaux véhiculent un certain nombre de microbes pathogènes, et, sans parler du *colibacille*, dont la présence a donné lieu à tant de discussions encore ouvertes aujourd'hui, on peut affirmer qu'on y rencontre les agents de certaines grandes infections humaines : *fièvre typhoïde, choléra, dysenterie*. L'épidémiologie a établi d'abord ces faits sur des bases indiscutables, et la bactériologie est venue les confirmer.

Quelle est l'origine de ces bactéries pathogènes qui, véhicu-

lées par les eaux, provoquent la fièvre typhoïde ou le choléra? Le plus souvent sans doute elles proviennent des déjections: tantôt d'une manière directe (projection des matières alvines, lavage des linges dans les cours d'eau, infiltration de latrines vers les puits voisins), tantôt d'une manière détournée par le cheminement des eaux pluviales à travers un sol qui a reçu, à des dates plus ou moins anciennes, des souillures spécifiques.

On peut aller plus loin, et l'on est en droit de se demander si certaines bactéries pathogènes ne font pas naturellement partie de la flore microbienne propre à certains sols. Lösener a trouvé le bacille typhique dans la terre d'un champ, prélevée à une assez grande profondeur et en un endroit où le sol n'avait pas été artificiellement souillé à une époque antérieure. Remlinger et Schneider, sur treize examens d'échantillons de terre superficielle ou profonde, du sol parisien ont trouvé sept fois le bacille typhique.

Si certaines bactéries pathogènes, comme le bacille typhique et peut-être le vibrion cholérique, se rencontrent naturellement à l'état de saprophytes dans les entrailles du sol, on conçoit qu'elles puissent en sortir parfois avec les eaux qui le traversent et arriver ainsi jusqu'à l'homme. Alors, sans souillure humaine antécédente, les eaux reçoivent de la terre et transportent les agents de la fièvre typhoïde et du choléra. En dehors de cette hypothèse, comment expliquer la présence assez commune de vibrions cholériques dans les eaux de fleuves et de rivières, à certaines saisons de l'année, à des périodes et dans des régions où le choléra ne règne pas? Le bacille typhique a été de même rencontré dans des conditions semblables.

Si l'hypothèse soulevée court risque de paraître *hasardée à l'heure présente*, du moins elle mérite considération. L'étude du sol à ce point de vue est entièrement à faire et pourra devenir fructueuse. Peut-être conduira-t-elle à reconnaître la banalité relative du bacille typhique dans les milieux naturels; cette notion n'est pas aussi inconciliable qu'on le suppose avec les faits d'observation courante.

(b) *Recherche du bacille typhique dans les eaux.* — La découverte du bacille typhique dans une eau suspecte est relativement rare; ce fait tient à ce que souvent le bactériologiste arrive trop

tard et que le bacille a disparu depuis plusieurs semaines lors de son examen. M. Dumbar a pratiqué l'examen de l'eau d'un puits autour duquel avait éclaté la fièvre typhoïde; il ne put isoler le bacille, mais le trouva dans l'eau d'un puits voisin non incriminé. Huit jours plus tard, une épidémie éclata parmi les personnes utilisant l'eau de ce second puits.

(c) *Protection des cours d'eau et des sources.* — Comme l'a dit le prof. Brouardel, " l'eau, cette amie, grâce à l'impéritie des hommes, peut devenir notre plus cruelle ennemie et concourir à la dépopulation "; il ne suffit pas de trouver une source d'eau pure, il faut conserver sa pureté: malheureusement, dès qu'un individu seul ou vivant en société habite au voisinage d'une eau potable, il est en danger de la souiller, par lui-même, par ses déjections ou celles des animaux qu'il réunit autour de lui.

En Angleterre, la loi contre la pollution des cours d'eau stipule que tout déversement dans un ruisseau quelconque d'eau d'égout ou d'eaux résiduaires non épurées sera puni d'une amende pouvant atteindre \$250 par jour; au bout d'une période fixée pour l'achèvement des travaux d'épuration (un mois au maximum), ces travaux sont exécutés d'office aux frais du contrevenant.

En France, la loi interdit de jeter des immondices dans les cours d'eau navigables, de faire aucun dépôt dans le lit des cours d'eau et d'y laisser écouler des eaux infectes et nuisibles. Les contraventions sont punies de 1 à 5 francs d'amende.

Depuis dix ans, on a créé des procédés de filtration en grand des eaux de rivière: ils ont donné de bons résultats à Cologne, Berlin, Hambourg, Brême, Magdebourg, Francfort, Varsovie.

Les eaux de source jouissaient, jusque dans ces dernières années, de la faveur du public et des hygiénistes, lorsque de légères épidémies de fièvre typhoïde, survenues à Paris, vinrent jeter quelques doutes sur leur complète innocuité et appeler l'attention sur leur mode de captage et sur les procédés de conservation de leur pureté jusqu'au robinet du consommateur.

On doit s'occuper non-seulement de l'analyse bactériologique des eaux de source, mais encore de l'analyse chimique, et des infiltrations qui peuvent se produire au lieu du captage au moment des grandes pluies.

E. P. BENOIT.

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

Dans la séance du 30 octobre, M. St-Jacques a fait les remarques suivantes à propos de la communication de M. Marien. (Voir plus haut).

— En regard de ce cas de fièvre typhoïde bâtarde, évoluant avec une courbe thermale si inaccoutumée, le docteur St-Jacques rapporte le cas d'une malade — âgée de 6 ans, mais naine, grande comme une enfant de 5 ans — actuellement sous ses soins depuis une huitaine. Elle s'est présentée à lui pour état frissonneux et mal de tête depuis deux jours.

Le matin de son entrée 98°, le soir 100°. Langue chargée, faiblesse, maux de tête, un peu de trémulus musculaire. — Un premier séro-diagnostic par le docteur Gravel fut positif. Bien qu'il ne fut donné aucun antipyrétique autre que phénacétine grs iii au besoin contre mal de tête avec des compresses froides sur la tête, la température tomba et oscilla entre 98° et 99° le soir. Les symptômes généraux ne s'amendant pas, il est fait a deux jours d'intervalle deux nouveaux séro-diagnostic, également positifs. Pas de diarrhée, pas de pétéchies, pas d'hypertrophie de la rate. Depuis deux jours, le matin nous avons 98°, soir 99°.

Séance du 20 novembre 1900.

Présidence de M. HERVIEUX.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Communication.

— *Pathogénie des fibro-myômes de l'utérus*, par le docteur A. MARIEN, chirurgien de l'Hôtel-Dieu. (Voir l'UNION MÉDICALE, nov. 1900, p. 769).

Rapports.

— *Trois cas de rétentions urinaires. Traitement des rétentions vésicales*, par le docteurs E. ST-JACQUES, (ce travail sera publié plus tard).

— *Traitement des grands traumatismes par l'embaumement*, par le docteur O. F. MERCIER, chirurgien de l'Hôpital Notre-Dame. (Voir plus haut).

CONVENTION MÉDICALE DE CHICOUTIMI

Les médecins des régions du Lac St-Jean et de Chicoutimi et Saguenay se sont réunis en Convention Générale, dimanche, le 2 de novembre 1900, à Chicoutimi.

Le but de cette réunion est de resserrer davantage les liens d'amitié qui devraient toujours unir les membres d'une même profession, et de tirer le meilleur profit possible de cette amitié, tant pour les médecins eux-mêmes, que pour leurs clients.

A cette convention sont présents: Messieurs les docteurs L. E. Beauchamp, de Chicoutimi; J. A. Poliquin, de St-Félicien; T. Myrand, de St-Alphonse; Edmond Savard, de Chicoutimi; François Plourde, de St-Jérôme; E. S. Fluhman, de Roberval; E. A. Claveau, de Ste-Anne; H. Tousignant, de St-Joseph d'Alma; D. Warren et A. Riverin, de Chicoutimi.

Lu un télégramme du docteur Constantin, de Roberval, nous disant qu'il n'a pu venir à la convention, vu qu'il a manqué le train à Roberval.

Proposé par le docteur Edmond Savard, secondé par le docteur Frs Plourde, que le docteur L. E. Beauchamp soit élu Président. Adopté unanimement.

Proposé par le docteur T. Myrand, secondé par le docteur E. A. Claveau, que le docteur Poliquin soit élu Vice-Président. Adopté unanimement.

Proposé par le docteur E. Savard, secondé par le docteur F. Plourde, que le docteur A. Riverin soit élu Secrétaire. Adopté unanimement.

Lu, les lettres des autres médecins, A. Talbot de Hébertville, T. Nessbitt, de Chambord et J. Côté, de Tadoussac, qui n'ont pas pu se rendre à la convention.

Proposé par le docteur Warren, secondé par le docteur T. Myrand, que le docteur J. Constantin soit élu Secrétaire-correspondant pour la région du Lac St-Jean. Adopté unanimement.

Proposé par les docteurs Edmond Savard et Poliquin, secondé par les docteurs F. Plourde et E. Claveau, que les médecins du district de Chicoutimi et Lac St-Jean, réunis en convention générale à Chicoutimi, le 2 novembre, regrettent :

1° Qu'un trop grand nombre de médecins non licenciés et de charlatans aient leurs coudées franches pour la pratique illégale de la médecine dans notre district, et ce, au détriment des médecins porteurs de la licence provinciale :

2° Que la loi du C. M. et C. P. Q., paraisse si inefficace ou appliquée trop mollement dans bien des cas, soit par faveur ou autrement.

En conséquence, il est résolu unanimement :

1° Que tous les médecins de la convention désirent que la loi soit appliquée avec toute la rigueur possible dans tous les cas de pratique illégale de la médecine :

2° Que si la loi actuelle n'est pas suffisante, le C. M. et C. P. Q., doit travailler et travaille de toutes ses forces à l'amender ;

3° Que le docteur J. Constantin soit chargé de transmettre cette résolution au C. M. et C. P. Q., l'assurant de l'entier dévouement des médecins de la convention et de leur influence auprès des députés de la Législature afin d'obtenir la modification de la loi actuelle s'il y a lieu :

4° Que cette résolution soit envoyée à l'UNION MÉDICALE, avec prière de publier.

ANALYSES

MEDECINE

L'enseignement au lit du malade.

Monsieur le professeur Adami de l'Université McGill, au cours d'une conférence sur l'école d'Édimbourg et son influence, faite devant les étudiants de l'Université McGill, insiste sur l'importance de l'enseignement de la médecine au lit du malade, *upon the value of ward work.*

Si j'insiste dit-il, sur la valeur du travail à l'hôpital, ce n'est pas que je crois que rien n'existe hors de la pathologie, ou bien que j'imagine que c'est uniquement par l'étude de la pathologie que vous deviendrez d'habiles praticiens avec grosses clientèles. Non, je m'efforce en ma qualité de professeur de pathologie, de faire de vous non pas des pathologistes, mais de vous enseigner cette science de façon à faire de vous des praticiens habiles. Je ne veux pas entrer jamais dans l'étude approfondie de chaque processus morbide, mais bien plutôt vous enseigner à reconnaître les grandes lois qui régissent ces mêmes processus.

En un mot, il faut vous habituer à penser en médecine, pour que pendant votre vie d'étudiant tout comme lorsque vous serez médecins pratiquants, vous n'approchiez pas d'un malade sans réaliser la signification des symptômes qu'il présente et des lésions qui peuvent les accompagner, sans comprendre les rapports qui les unissent, sans pouvoir vous figurer à vous-mêmes les perturbations d'un ou de plusieurs organes qui causent les symptômes extérieurs.

Si vous vous rappelez les grands médecins de la Grande Bretagne, morts dans ces dernières années, vous voyez que Andrew Clark, Paget, Roberts, Wilkes, etc., ont tout d'abord été des pathologistes distingués qui ont trouvé dans la chambre d'autopsie, au laboratoire et aux musées, le secret de leur réussite.

Le professeur Adami croit, qu'aujourd'hui, l'enseignement aux lits des malades est trop négligé. La manière d'examiner un malade ne s'enseigne que par l'exemple et nullement par l'énoncé de préceptes théoriques. Il faut apprendre à s'approcher d'un malade, savoir comment faire son histoire et se plier à l'habitude de bien examiner tous les organes les uns après les autres avec méthode. Cet enseignement pratique à l'hôpital ne peut être suppléé par l'enseignement didactique quelque soit la valeur ou la science de celui qui fait cet enseignement théorique. Il faut, dit Adami, que vous appreniez par l'exercice répété à vous servir de vos yeux, oreilles, doigts, et instruments cliniques sur des malades.

Personnellement, ajoute Adami, je crois que l'enseignement à l'hôpital pourrait encore être plus parfait. Il me semble que les examens des malades par les élèves devraient compter pour beaucoup dans le résultat des notes aux derniers examens. Je voudrais voir les élèves, non-seulement s'exercer à prendre l'observation des malades, mais présenter en même temps une dissertation sur un sujet commandé par le patient, soit sur le diagnostic, le pronostic ou sur les résultats probables du traitement prescrit.

Il faudrait alors demander aux plus jeunes des médecins de service, de faire un enseignement spécial sur la manière de faire une observation de malade, ainsi que sur la façon de la présenter.

La malaria et les moustiques.

La nouvelle théorie de l'infection malarienne par l'entremise des moustiques (anophèles) a été confirmée d'une façon tangible dans la banlieue ou Campagne Romaine où la malaria séjourné en maître.

Tous les habitants de cette contrée souffrent de cachexie palustre, et l'étranger, pour peu qu'il y séjourne quelque temps, contracte sûrement cette maladie. Le Dr Patrick Manson, rapporte dans le *Lancet*, septembre 29, le résultat de ses expériences faites en cette contrée infectée.

Cinq individus en très-bonne santé ont vécu dans cette campagne romaine depuis le mois de juillet sans contracter la malaria. Ces individus n'ont rien fait autre chose que se garantir contre les piqûres des maringouins. Les portes et fenêtres de leur habitation, ainsi que leurs lits, étaient garnis de moustiquaires. Ces gens vont sans précautions aucunes, à travers le pays pendant la journée, mais restent dans leur habitation du soleil couché au soleil levé. Jamais ils n'ont pris de quinine. Le fils du Dr Manson qui n'a jamais eu la malaria, s'est prêté à l'expérience suivante qui est très concluante: Il s'est laissé piquer par des moustiques reçu de Rome et quelques jours après l'examen de son sang permit de déceler l'hématozoaire de Laveran.

Le Dr Manson conclut, que la malaria disparaîtra en évitant le voisinage des habitations d'indigènes, sources d'infection continuelle; en détruisant autant que possible les mares d'eau où poussent les larves de l'Anophèles, et enfin en se protégeant contre les piqûres des moustiques.

J. E. DUBÉ.

CHIRURGIE

De l'anesthésie par l'injection lombaire intra-rachidienne de cocaïne et d'eucaine,
par MM. LEGUEU et KENDIRDJY. — (*La Presse médicale*, 27 octobre 1900.)

Bier a eu le premier l'idée d'injecter de la cocaïne dans l'espace sous arachnoïdien par la voie lombaire, pour obtenir l'anesthésie des membres inférieurs. En France, M. Tuffier a été le premier à recourir à cette méthode d'une manière suivie. Au dernier congrès international, elle fut l'objet d'une discussion intéressante mais courte. L'impression qui s'en dégage est peu favorable.

Nous avons de notre côté mis en usage la méthode de Bier, et dans l'espace de quelques semaines, nous avons pratiqué 57 opérations avec l'anesthésie lombaire.

Nous pensons qu'elle doit prendre une place importante dans la pratique d'un grand nombre d'opérations.

Nous envisagerons successivement la technique, les résultats, les avantages, les inconvénients et enfin les indications de cette méthode.

Technique: Nous avons utilisé la cocaïne et l'eucaine; l'eucaine a sur la cocaïne de réels avantages. Ces avantages consistent en une toxicité beaucoup moindre. En outre la stérélisation est bien plus facile. Pour les deux, les solutions utilisées ont été à 2 pour cent.

La solution aqueuse de *chlorhydrate de cocaïne* ne pouvant être portée à 100 degrés sans se décomposer, la stérélisation doit être faite par chauffages répétés.

Les fiocons hermétiquement fermés sont placés dans l'étuve à une température de 60°; le chauffage dure une demi-heure et est répété six ou sept fois, à un jour d'intervalle.

La *chlorhydrate d'eucaine* peut être stérilisé par les procédés ordinaires à l'autoclave, en portant la solution à 100°, pendant une demi-heure et en répétant ce chauffage pendant trois jours.

Le malade est assis sur une table, la région lombaire est aseptisée. On fait pencher le malade en avant, de façon à faire "gros dos." et on choisit l'espace à ponctionner.

Pour cela, on mène par les crêtes iliaques, une ligne horizontale. Au point où cette ligne fictive croise la colonne vertébrale, se trouve une apophyse épi-

neuse; nous ponctionnons à droite de cette apophyse, l'espace intervertébral qui lui est sus-jacent; c'est le troisième espace lombaire.

C'est là le point d'élection. Il nous est arrivé cependant de ponctionner sans inconvénients et avec la même facilité le quatrième espace et plus souvent le deuxième.

L'espace interépineux étant repéré avec l'index gauche, l'index droit se porte à un travers de doigt environ de la ligne médiane, là, il sent une légère dépression. Saisissant alors l'aiguille de la main droite, nous traversons la peau après anesthésie préalable au chlorure d'éthyle, puis les plans profonds en nous dirigeant un peu en haut et surtout en dedans. Au niveau des masses musculaires, la résistance qu'éprouve l'aiguille est presque nulle; le ligament jaune oppose au contraire une résistance à laquelle on est loin de s'attendre. Cette sensation devient un point de repère, lorsqu'on a quelque peu l'habitude de la ponction lombaire; elle permet d'affirmer, quand on n'y a pas écoulement de liquide céphalo-rachidien; si l'aiguille est mal dirigée, elle va heurter une des lames qui bordent l'espace intervertébral. Il faut alors la ramener en arrière, sans la retirer tout-à-fait et chercher en tâtonnant à passer au-dessous de la lame.

En général, dès que le ligament jaune est traversé, l'aiguille entre facilement, et pendant qu'elle avance de quelques millimètres, le liquide céphalo-rachidien paraît et suinte en gouttelettes claires au bout de l'aiguille. C'est la preuve nécessaire, sans laquelle nous n'avons jamais procédé à l'injection.

Il arrive quelquefois que le liquide ne filtre pas, malgré que l'aiguille soit bien en place, c'est que l'aiguille s'est bouchée; nous injectons alors quelques gouttes d'eau distillée et stérilisée vers l'aiguille, et celle-ci se débouche.

Après avoir laissé s'écouler huit à dix gouttes de liquide céphalo-rachidien, on procède à l'injection.

L'injection de cocaïne est faite lentement, puis on retire l'aiguille rapidement et l'on obture l'orifice cutané avec du collodion. Puis, préparation du champ opératoire, le malade étant couché.

La dose moyenne injectée est de 2 centigrammes, soit 1 centimètre cube de la solution à 2 pour 100.

Nous pensons que la dose minime de 1 centigramme est suffisante dans les interventions faciles et courtes, telles que : uréthrotomies, cystoscopie, curetage, incision d'abcès, etc.

À quel moment survient l'anesthésie? cela est très variable; de la troisième à la dixième minute. Le moment où s'installe l'anesthésie est impossible à fixer à l'avance. Une fois l'injection faite, le chirurgien doit se tenir prêt à opérer; un aide s'occupe alors, au moyen d'une pince, d'explorer la sensibilité du sujet en commençant par les jambes; il guette, pour ainsi dire, l'anesthésie, sa durée étant difficile à prévoir, il y a intérêt à commencer le plus tôt possible l'acte opératoire.

L'étendue de l'anesthésie est également variable suivant les sujets. Quoique, chez un homme opéré pour un énorme abcès urinaire, avec un centigramme, l'anesthésie avait gagné tout le haut du corps, jusqu'aux oreilles, respectant les membres supérieurs, on peut dire que la limite supérieure de l'anesthésie, au moyen d'injections de cocaïne par voie lombaire, est un plan transversal passant par l'ombilic.

La durée de l'anesthésie est en moyenne de une heure à une heure et demie et permet, comme on le voit, de longues interventions.

Résultats: Sur les 57 opérés, on compte 29 hommes et 28 femmes. Le sujet le plus jeune a été une fillette de onze ans; le plus âgé avait soixante-cinq ans.

Sur les 57 observations rapportées, nous pouvons signaler deux échecs, qui ne sont pas imputables à la méthode, mais à la trop grande étendue des lésions, qui dépassaient le plan limité de l'anesthésie. L'un était une appendicite à chaud, et l'autre une salpingite bilatérale nécessitant l'hystérectomie vaginale. Dans l'un comme dans l'autre cas, nous avons dû recourir au chloroforme.

Il reste donc un total de 55 opérations dans lesquelles l'anesthésie a été parfaite, absolue.

Certains incidents ont marqué quelques-unes de nos opérations. Disons de suite que tous ces incidents manquent totalement de gravité.

Les phénomènes les plus fréquents sont les vomissements, la céphalalgie et l'élévation de la température.

Dans 31 cas sur 55, les vomissements ont manqué. Les malades, couchés sur la table d'opération étaient calmes et ne paraissaient nullement s'apercevoir de ce qu'on leur faisait.

Il semble que les vomissements et même le simple état nauséux aient beaucoup moins de tendance à se produire chez les malades qui ne sont pas à jeun.

La céphalalgie est un peu plus fréquente, puisqu'elle n'a manqué que 24 fois sur 55. D'une façon générale, elle est légère et très-supportable, de l'aube même des malades. Elle survient d'ordinaire l'après-midi; elle dure jusqu'au soir, quelquefois toute la nuit et disparaît généralement le lendemain matin; elle contribue, pour sa part à l'insomnie, assez fréquente.

L'élévation de la température n'a été observée que 12 fois sur 55 cas. Il est évident que dans des cas d'infections, la fièvre ne saurait, en aucune façon être imputée à la cocaïne.

La nuit qui suit l'opération est souvent agitée. L'insomnie est en rapport avec l'élévation de la température et la céphalalgie. La dilatation pupillaire a été observée dans un certain nombre de cas.

Un incident dont il faut tenir compte, c'est le relâchement du sphincter anal constaté 7 fois. Il s'ensuit une défécation involontaire qui peut inonder le champ opératoire. Une préparation spéciale, faite la veille, peut remédier à cet inconvénient pour les opérations sur le périnée ou l'anus.

Nous avons observé quelques troubles vésicaux, soit de la rétention ou de l'incontinence d'urine.

L'incontinence d'urine, la défécation involontaire sont des phénomènes de même nature; ils proviennent tous les deux de la paralysie temporaire des sphinctères.

La paraplégie a été signalée par quelques auteurs.

Une femme chez laquelle nous avons ouvert, par la laparotomie, une collection intra-péritonéale très-septique, a présenté, trois jours après l'opération, du délire d'idée et d'action, en un mot des signes d'aliénation mentale, qui ne sont peut-être pas à mettre sur le compte de la cocaïne, mais de l'intoxication septique: car au bout de dix-huit jours, à mesure que la température baissait à la normale, que la suppuration diminuait, le délire cessait, la raison revenait.

Tels sont les incidents que nous avons observés. Si l'on ne tient compte que de ceux directement imputables à la cocaïne, on reconnaîtra qu'ils sont minimes et sans importance.

L'anesthésie ou plutôt l'analgésie avec l'injection intra-rachidienne est absolue: le malade a la sensation mais n'a pas la douleur. C'est là l'avantage et c'est aussi l'inconvénient de la méthode.

Ainsi, pour les grandes opérations abdominales et pelviennes, qui se pratiquent sur le plan déclive, chez les malades qui n'ont pas l'âme la mieux trempée, une raison morale s'oppose à ce qu'on recoure à l'anesthésie lombaire.

Il est un autre inconvénient; c'est que la contraction musculaire est conservée et que les vomissements sont à craindre pendant l'acte opératoire.

Mais à part ces restrictions, il est incontestable que, pour beaucoup d'opérations, l'anesthésie lombaire est supérieure à l'anesthésie générale: pendant l'opération, l'analgésie est aussi absolue; après l'opération le malade retourne à son lit calme et tranquille. Il peut manger avant et après, il passe une journée excellente.

D'ailleurs, il n'y a pas à comparer l'anesthésie lombaire au chloroforme ou à l'éther. L'anesthésie lombaire n'est pas destinée à remplacer le chloroforme, mais elle constitue une méthode excellente d'anesthésie pour toute une série d'opérations.

L'anesthésie générale seule convient à toutes les opérations; elle nous paraît nécessaire pour les grandes opérations gynécologiques ou pelviennes, préférable même pour l'hystérectomie vaginale, malgré que l'anesthésie lombaire nous ait donné, pour la pratiquer, une insensibilité complète. Elle est encore nécessaire pour les explorations abdominales, parce que seule elle supprime cette contraction musculaire que l'on se propose surtout de vaincre et que la cocaïne ne supprime pas.

Mais, par contre, l'anesthésie lombaire doit, jusqu'à plus ample informé, être préférée pour toutes les opérations sous-ombilicales, qui sont courtes de durée et simples d'exécution, pour les opérations sur le périnée, l'appareil urinaire inférieur, les membres inférieurs, à condition toutefois que la contraction musculaire ne doive pas apporter une gêne à l'acte opératoire.

En s'en tenant à des doses minimales de cocaïne, deux centigrammes en moyenne, en substituant peut-être l'eucaine à la cocaïne, on a de grandes chances d'éviter les accidents graves, d'obtenir sans danger, sans inconvénient, une analgésie suffisante pour mener à bien un grand nombre d'opérations; ainsi l'anesthésie lombaire, restera ce qu'elle doit être: une excellente méthode d'anesthésie.

A. MARIEN.

OPHTALMOLOGIE

Traitement de l'atrophie tabétique de nerfs optiques.

Notre arsenal thérapeutique contre les lésions du nerf optique dans le tabès est tellement pauvre, pour ne pas dire nul, que je crois devoir signaler au public médical toute tentative sincère de l'améliorer.

Darchkevitch, à la suite des bons résultats obtenus par Pétrone, en 1895, dans le traitement de la syphilis par le nitrite de sodium, a essayé cette médication dans le tabès et il s'est empressé de faire connaître qu'à côté des bons effets généraux amenés par ce médicament, la vue ne s'est jamais affectée, et que mieux, il avait pu observer une légère amélioration visuelle.

A son tour monsieur le docteur L. Demicheri, de Montévideo, publie dans la Clinique Ophthalmologique, une série d'observations très-encourageantes.

Son mode de traitement consiste en injections hypodermiques et sous-conjonctivales: 1 gramme d'une solution au 6% de nitrite de sodium hypodermiquement 5 fois par semaines, et IV à V gouttes de la même solution sans la conjonctive.

Le résultat du traitement est surprenant dit M. Demicheri. A la 5e ou 6e injection commence l'amélioration qui devient sensible dans l'espace d'un ou deux mois. Le traitement doit être continué plusieurs mois, du moins pour les injections hypodermiques.

Le nitrite de sodium est une substance inoffensive aux doses de 6 centigrammes et mieux jusqu'à 15 ou 20 centigrammes. Il est très-soluble dans l'eau, mais la lumière altère facilement ses solutions qui deviennent alors légèrement jaunes et acides. Ces solutions altérées sont un peu douloureuses en injections sous-cutanées ou sous-conjonctivales. L'injection de la solution bien conservée n'est presque pas douloureuse.

R. BOULET.

OBSTÉTRIQUE

De la conduite à tenir dans la présentation du siège, par le Dr FUNCK-BRENTANO,

— *Revue pratique d'Obstétrique et de Pédiatrie*, octobre 1900.

Vers le cinquième mois le fœtus se présente toujours par le siège. Ce n'est que plus tard qu'il fait la culbute et que son extrémité céphalique vient se placer en bas.

Jusqu'au sixième mois, en effet, c'est la tête, partie fœtale la plus volumineuse, qui vient tout naturellement se loger dans la partie supérieure de l'utérus qui est la plus large. Durant la seconde moitié de la grossesse l'extrémité pelvienne augmente proportionnellement plus, si bien qu'elle finit par former avec les membres inférieurs repliés au-devant d'elle, une masse plus volumineuse que la tête. Ce sera elle alors qui viendra occuper la grosse extrémité de l'ovoïde utérin. Le fœtus fera la culbute.

En pratiquant le palper à une époque plus ou moins rapprochée du terme, ce n'est pas toujours la tête que nous trouvons au niveau du détroit supérieur, il peut se faire que cette culbute fœtale tarde à se faire ou ne se fasse pas du tout. Faut-il accepter cette présentation et se résigner à voir l'enfant comme le disait Louise Bourgeois, naître "le cul devant"? Varnier, démontre, chiffres en mains, dans l'*Obstétrique journalière* (1) qu'il vaut mieux lui substituer la présentation de l'extrémité céphalique.

Du temps de Madame Lachapelle, la mortalité infantile était de 10 pour cent dans les accouchements par le siège. Dans la pratique rurale, la mortalité est plus élevée, en 1866, Hegar, dans le Haut-Rhin badois, donne une statistique de 35 pour cent de mortalité infantile pendant le travail et de 40 pour cent au bout de 24 heures.

Bataillard et Cocagne ont recherché quel était, au point de vue de la mortalité fœtale, le pronostic de l'accouchement par le sommet et de l'accouchement par le siège, en ne prenant l'un et l'autre en considération que des cas où n'existait aucune complication et où l'enfant pesait plus de 2,500 grammes.—Voici les résultats de ces recherches faites dans le service de M. le professeur Pinard :

Accouchements par le sommet, mortalité fœtale de 1-38 pour 100.

Accouchements par le siège, mortalité fœtale de 3-57 pour 100.

Un enfant qui naît par le siège a presque trois fois plus de chances de mourir que si l'accouchement se faisait par le sommet.

D'autre part, la morbidité maternelle est un peu plus élevée, il se produit plus souvent que pour le sommet des déchirures de la vulve et du périnée à cause de la distension trop brusque de ces parties, la durée de la période d'expulsion étant beaucoup plus courte.

De tous ces faits il résulte que quand on sera appelé à temps, il faudra toujours chercher à transformer le siège en sommet et recourir pour cela à la *version par manœuvres externes* dont M. le professeur Pinard a fixé le manuel opératoire dans son *Traité du palper abdominal* (1878). Cette version devra toujours être tentée avant la fin du huitième mois. Chez les primipares il vaut mieux ne pas attendre si longtemps.

Cette version par *manœuvres externes* n'est pas toujours facile, mais il ne faudra pas se décourager après un premier échec. Une autre tentative sera couronnée de succès. Il est bon de mentionner en passant que la version externe peut être faite sans aucuns dangers. D'un autre côté il faut se défier des récidives, il faut alors avoir recours à l'emploi de la ceinture eutocique.

Quelle conduite tenir, durant le travail, en présence d'une présentation de l'extrémité pelvienne?

Au début, si les membranes sont intactes, la version peut ne pas être impossible. Il faut la tenter très-prudemment; il ne faudrait pas transformer un siège en épaule. On échouera le plus souvent et l'on devra se résigner à voir l'enfant naître par le siège.

Il faudra alors faire toujours des réserves au sujet de l'enfant.

Car, comme le dit M. Pinard, "il n'est pas un accoucheur, quelles que soient son expérience et son habileté, qui puisse, en face d'une présentation du siège chez une femme en travail, affirmer, que l'enfant naîtra vivant." On devra préparer tout ce qu'il faut pour le ranimer s'il naissait en état de mort apparente.

Etablissons tout de suite une règle qui est absolue: *il ne faut jamais entreprendre l'extraction d'un enfant se présentant par le siège avant la dilatation complète.*

Il ne faut jamais céder à la tentation de tirer sur les pieds même lorsque la dilatation est d'une paume de main. Il faut se souvenir que l'accouchement par le siège est l'accouchement de trois parties, siège, épaules et tête, dont le volume va en augmentant. Là où le siège passera facilement, les épaules ne pourront passer qu'avec grand-peine et quelquefois seulement au prix de la fracture d'un des bras dont l'abaissement offrira, dans certains cas, des difficultés presque insurmontables. Cet abaissement enfin obtenu, l'accoucheur fatigué s'épuisera en vains efforts pour extraire la tête retenue par le col utérin qui s'est rétracté au niveau du cou. On verra l'enfant faire des mouvements inspiratoires répétés; la lutte se prolongera et quand, couvert de sueur, l'accoucheur semblera enfin victorieux, il ne lui restera entre les mains qu'un petit cadavre. Bien heureux si, dans cette lutte, l'utérus ne s'est pas rompu!

En quoi consistera donc le rôle du médecin avant la dilatation complète? D'abord ne pas abuser du toucher, surtout si les membranes sont rompues et ausculter souvent et cela dès le début du travail afin de sauver l'enfant par une délivrance rapide s'il est souffrant.

Une fois la dilatation complète on peut pratiquer la rupture des membranes après avoir placé la femme en travers du lit. Il faut encore savoir attendre et ne pas terminer immédiatement l'extraction excepté lorsque l'état de la mère ou de l'enfant le nécessite, car elle n'est pas sans inconvénients tels que relèvement des bras et inspirations prématurées

Lorsque le siège se dégagera à la vulve, on se bornera à la soutenir d'une main, mais l'on n'exercera sur lui aucune traction. Comme le dit Mme Lachapelle: "l'accoucheur doit se garder de céder à l'impatience naturelle qu'on éprouve souvent en pareil cas et résister à la tentation d'agir qu'excite naturellement la facilité apparente offerte par la disposition des parties du fœtus. *Il doit, avec ménagement et lenteur, recevoir et diriger le fœtus expulsé par l'utérus, plutôt que l'extraire.*"

Après la sortie des hanches une main ira à la recherche du cordon ombilical sur le bout placentaire duquel on exercera de légères tractions pour en amener une anse au dehors. Cette anse est destinée à éviter tout tiraillement ultérieur soit au niveau du placenta, soit au niveau de l'ombilic. On attendra alors la sortie spontanée du thorax et des bras qui resteront fléchis et croisés au-devant de la poitrine.

L'extraction de la tête sera faite par la manœuvre dite de Mauriceau.

L'enfant extrait naîtra souvent plus ou moins étonné. Il y aura alors intérêt à ne pas immédiatement sectionner le cordon: attendez quelques instants et vous verrez souvent la circulation se rétablir dans la tige funiculaire.

Après avoir vu quelle devait être la conduite à tenir en face d'une présentation du siège durant la grossesse et pendant le travail avant la dilatation complète, nous venons d'indiquer à quoi devait se borner notre rôle après cette dernière quand durant la période d'expulsion ni l'état de la mère, ni l'état de l'enfant, n'exigeaient l'extraction immédiate. Voyons maintenant comment on devra la pratiquer quand on y sera forcé par les circonstances.

L'auscultation seule pourra renseigner sur l'état de souffrance de l'enfant. Lorsque les battements cardiaques de l'enfant diminuent progressivement et finissent par tomber au-dessous de 100, il faudra alors intervenir. Il y aurait danger à attendre davantage. La façon de faire l'extraction variera suivant que l'on aura affaire à un siège complet ou à un siège décompleté, mode des fesses.

Il faudra toujours se servir de la main dont la face prenante correspondra au côté du fœtus où sont placés les pieds. Il vaut mieux saisir un seul pied et *il faudra toujours saisir celui qui correspond à la hanche antérieure.*

Le siège une fois dégagé, ainsi que le membre postérieur, on saisira le fœtus par les deux cuisses: cuisse droite avec la main droite et la cuisse gauche avec la main gauche. Jamais il ne faudra saisir le fœtus en exerçant des pressions sur la paroi abdominale.

Il peut se faire que les bras soient retenus au détroit supérieur en même temps que la tête. Il serait alors inutile et dangereux de chercher à vaincre

cette résistance par des tractions plus énergiques. Il faut abaisser les bras en commençant par le bras postérieur et ensuite le bras antérieur. On introduira la main qui correspond au dos du fœtus, en arrière en la faisant glisser de bas en haut le long du plan postéro-latéral du fœtus. L'autre main qui tient l'enfant par les jambes l'aura préalablement soulevé de manière à faciliter cette introduction. La main devra pénétrer toute entière. L'index et le médius s'insinueront pardessus l'épaule postérieure de manière à atteindre le pli du coude. Car, *c'est sur ce dernier seul*, que devront porter les pressions, pressions qui chercheront à ramener le coude en dedans et en bas comme si on voulait le repousser au devant du visage de l'enfant. L'abaissement du bras antérieur se fait avec la même main, tandis que celle qui tient les jambes abaissera le fœtus. L'index et le médius seront insinués pardessus l'épaule, jusqu'au pli du coude, tandis que le pouce se placera dans l'aisselle. Le bras de l'enfant est alors tenu entre ces trois doigts comme le serait un porte-plume. Il ne faut pas l'abaisser directement en l'attirant à soi, mais le repousser vers la profondeur de l'excavation, l'extrémité des doigts n'agissant toujours que sur le pli du coude. Après le dégageant du second bras il faut extraire la tête par la manœuvre de Mauriceau, sans plus attendre.

Voyons maintenant comment s'y prendre pour extraire un siège décomplété, mode des fesses, qui est la variété la plus commune d'après la statistique de Lepage.

C'est également dans le mode des fesses que l'accoucheur aura plus souvent à intervenir. Les membres inférieurs relevés en attelles au-devant du plan ventral, donnent au fœtus une rigidité qui s'oppose aux flexions nécessaires au mécanisme de l'accouchement. Souvent, tout marche normalement jusqu'au moment où le siège vient appuyer sur le périnée. La femme s'épuise en vains efforts. La hanche postérieure bute au niveau du coccyx et il ne peut plus passer à travers la filière pelvi-génitale qu'un manche à balai à travers un tuyau de poêle recourbé. Pour intervenir l'opérateur n'aura besoin d'autre chose que de ses mains.

La première chose à faire est d'abaisser le pied antérieure, abaissement qui pourra être obtenu presque toujours à l'aide de la *manœuvre de Pinard*.

Pour pratiquer cette dernière on se servira de la main ventrale. Cette main sera introduite toute entière dans les organes génitaux et empannera le siège, en plaçant le pouce sur les parties postérieure et supérieure, tandis que l'index et le médius répondront à la partie postéro-interne de la cuisse correspondante, l'extrémité de ces deux doigts remontant jusqu'au creux poplité. La main ainsi placée, on exercera avec l'extrémité de l'index une pression au niveau du creux poplité, de manière à porter, par rapport au fœtus, le genou en arrière et en dehors. De cette manière, la cuisse est mise en abduction et en flexion forcée. Le résultat de ce déplacement est la distension des muscles ischio-jambiers, qui a pour conséquence, la flexion de la jambe. Le pied tombe avec le talon sur la partie dorsale de l'extrémité des doigts de l'opérateur. Il sera alors très-facile à ce dernier de l'accrocher avec le médius et de l'amener ensuite au dehors. Toutes ces manœuvres ne devront être faites, bien entendu, que dans l'intervalle des contractions utérines. Il ne restera plus qu'à terminer l'extraction comme s'il s'agissait d'un siège complet.

Lorsque la hanche antérieure sera descendue au-dessous de la symphyse le siège, dans certains cas, ne se laissera plus remonter. C'est alors que l'abaissement artificiel du pied antérieur pourra ne plus être possible et qu'il faudra, pour extraire le fœtus, recourir aux tractions inguinales pratiquées de la façon suivante:

L'index d'une main sera introduit dans le pli inguinal antérieur et exercera des tractions par en bas de manière à abaisser le siège le plus possible. Puis on introduira en arrière les quatre derniers doigts de la main dorsale. On les fera pénétrer profondément jusqu'à ce que l'index et le médius puissent accrocher le pli inguinal postérieur. Tout d'abord ce sont ces derniers qui exerceront surtout les tractions, tandis que l'index de la première main placé dans le pli inguinal antérieur et situé directement sous la symphyse y

restera pour empêcher que le siège ne remonte en glissant derrière cette dernière. Le siège sera ainsi amené dans le bassin mou, puis extrait à l'aide de tractions exercées par les deux mains et dont la direction sera progressivement relevée. L'auteur donne en dernier lieu la conduite à tenir dans les bassins rétrécis. *Il ne faut jamais faire l'extraction sans s'être préalablement assuré qu'il n'existe pas un rétrécissement du bassin de nature à rendre impossible le passage de la tête.*

Dans le cas d'un bassin rachitique, la manœuvre de Champetier de Ribes peut permettre d'extraire un enfant vivant. Cette opération consiste à déplacer la tête vers un côté du bassin et à la fléchir au moyen de deux doigts enfoncés dans la bouche du fœtus, tandis qu'un aide appuie sur la tête en travers la paroi abdominale. A l'aide de cette manœuvre on peut opérer l'extraction d'un enfant vivant si l'écart entre le diamètre minimum du bassin et le diamètre bi-pariétal de la tête ne dépasse pas 15 millimètres. Pratiquement, dans un bassin dont le diamètre promonto-sous-pubien mesure 90 à 95 millimètres, si l'enfant à terme vient par le siège, l'obstacle provenant du volume de la tête n'est pas insurmontable et il peut naître vivant (Champetier de Ribes).

Quand le rétrécissement sera plus accusé, on sera forcé d'avoir recours à la symphyséotomie.

J. E. DUBÉ.

PÉDIATRIE

L'étiologie et la pathologie du choléra infantile. — MARFAN, dans *Revue pratique d'Obstétrique et de Pédiatrie*, septembre-octobre 1900.

L'auteur donne la définition suivante du choléra infantile: une maladie des nourrissons (c'est-à-dire des sujets âgés de moins de deux ans), ayant son maximum de fréquence pendant l'été, caractérisée par un catarrhe gastro-intestinal suraigu, accompagné de phénomènes généraux graves qui rappellent ceux du choléra asiatique.

Après avoir donné une description sommaire de l'apparence clinique de la maladie avec ses deux phases, une première, toxique, une seconde, infectieuse; l'auteur discute les raisons qui doivent nous faire penser à l'origine endogène de la maladie. Il est reconnu que le choléra infantile s'observe dans les deux premières années de la vie, époque des courbes élevées de mortalité et de morbidité: 1° à cause de la faible résistance que le jeune enfant oppose à l'intoxication; 2° à cause du sevrage que l'on pratique vers la fin de la première année.

De plus, deux faits dominent l'étiologie du choléra infantile: 1° "cette maladie atteint presque exclusivement les nourrissons soumis à l'allaitement artificiel; 2° elle est infiniment plus fréquente pendant le temps des fortes chaleurs qu'aux autres époques de l'année."

Au point de vue pathogénique, différents auteurs ont émis trois opinions: 1° intoxication endogène; 2° infection ectogène; 3° intoxication ectogène.

1° En faveur de l'intoxication endogène, c'est-à-dire, action toxo-infectieuse d'un poison prenant naissance dans le tube digestif modifié par les fortes chaleurs, il est permis d'invoquer l'influence incontestable des hautes températures atmosphériques sur le tube digestif. La pathologie des pays chauds en démontre la réalité. Mais si c'était là, la cause efficiente du choléra, l'enfant nourri au sein serait atteint au même titre que l'enfant élevé au biberon, et nous savons que la chose est exceptionnelle (2%).— L'auteur rejette la théorie de l'infection endogène.

2° En faveur de l'infection ectogène, on a invoqué la présence du bactérium coli pénétrant dans le tube digestif soit par le lait non stérilisé, soit d'un enfant à un autre par les mains des infirmières souvent en contact avec les selles des nourrissons diarrhéiques qui contiennent le bactérium coli.

Mais il est douteux qu'il puisse être un agent d'infection ectogène. On cite aussi les ferments de la caséine appelés encore bactéries proteolytiques, parmi lesquels nous voyons le *Bacillus subtilis*, le *Bacillus mesentericus vulgaris* et le *Tyrophrix tenuis*, qui ont la propriété de donner naissance à des spores qui résistent à des températures supérieures à 100° et qui subsistent dans le lait incomplètement stérilisé (ébullition, pasteurisation, etc.) Mais si on a pu relever quelques cas rares où on a constaté leur présence, on n'a pu dans la suite les mettre en évidence; or, comme la culture en est facile, il est probable qu'ils n'existaient pas.—De même on peut conclure que rien n'est encore démontré en ce qui concerne le rôle du *proteus vulgaris* dans la genèse du choléra infantile.

3° En faveur de l'intoxication ectogène, à laquelle il se rallie, l'auteur donne l'explication suivante: "Au moment de la traite, le lait animal est toujours souillé par les microbes. Lorsqu'on l'abandonne à lui-même, les germes qu'il renferme se développent et altèrent sa composition. Pendant les fortes chaleurs, les fermentations s'opèrent avec une extrême activité et une très grande rapidité. Le poison du choléra infantile se forme dans le lait du fait de ces fermentations estivales; il est produit, soit par les microbes habituels du lait qui, sous l'influence des hautes températures, acquièrent une vitalité et des propriétés particulières, soit par des bactéries spéciales qui ne se développent que dans des conditions créées par l'été.

Après quelques considérations sur les examens histo-bactériologiques de la muqueuse intestinale démontrant la présence, dans le choléra infantile, de microbes appartenant à des variétés de coli-bacilles, l'auteur conclut que le seul moyen d'empêcher l'éclosion de tous ces accidents est de stériliser le lait aussitôt après la traite, (deux ou trois heures au plus tard pendant les fortes chaleurs).

J. A. LESAGE.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la colique hépatique. — (P. A. MESSARD, *Presse médicale*, août 1900).

Depuis les travaux de Galippe en 1886, et la communication de Naunyn au Congrès de Médecine interne, tenu à Wiesbaden, en 1891, la cholélithiase est généralement considérée comme le résultat d'une infection bacillaire, habituellement produite par le coli-bacille, plus rarement par le bacille d'Éberth.

L'on pourrait croire que cette théorie aurait dû imprimer au traitement une direction nouvelle, mais la notion de l'origine bactérienne des calculs du foie reste dépourvue, selon la remarque de M. Chauffard, de toute sanction thérapeutique.

Quelques médicaments nouveaux ont cependant, dans ces derniers temps, fait leur preuve contre les coliques hépatiques, sans quoi nous en serions encore réduits à l'emploi des anciens agents médicamenteux.

En présence d'un malade en plein accès de colique hépatique le praticien doit d'abord chercher à calmer la douleur.

1° Par l'application de topiques sur la région du foie;

2° Au moyen de sédatifs administrés soit par la voie respiratoire, soit par les voies gastrique, rectale ou hypodermique.

Moyens externes.— Certains malades se trouvent bien de l'application du froid: vessies glacées, cataplasmes glacés ou par réfrigération au moyen de compresses imbibées d'éther, styptage au chlorure de méthyle, pulvérisation de chlorure d'éthyle.

Les applications chaudes, en général réussissent mieux.

Ainsi de larges cataplasmes arrosés de laudanum atténuent bien la douleur.

Il en est de même d'une serviette trempée dans de l'eau très-chaude, bien exprimée et recouverte d'une toile imperméable quelconque. Le procédé de M. Colladon, médecin genevois, est aussi recommandable: Placer sur l'épigastre et dans le dos deux sacs en caoutchouc à moitié remplis d'eau très-chaude.

Parmi les topiques proprement dits, le *salicylate de méthyle* en badigeonnages, au début de la crise hépatique, peut rendre des services. La *pommade belladonnée* qui, avec le cataplasme laudanisé, appartient à la vieille thérapéutique, est efficace aussi en maintes circonstances.

Voici de plus deux formules qui donnent de bons résultats:

R
Huile d'amande douce chauffée..... 1 once.
Gaïacol..... ½ once.

Mélez.— Usage externe.

R
Chloroforme..... }
Glycérine..... }
Alcoolat de menthe..... } àà ½ once.
Baume de Fioravanti..... }

Mélez.— Usage externe.

Les grands bains tièdes sont aussi un bon moyen de calmer la douleur de la colique hépatique.

Lorsque le foie est très congestionné, l'application de quelques sangsues sera très utile.

Voici un procédé mécanique récemment décrit par M. P.-J. Möbius (de Leipzig), qui consiste à calmer les paroxysmes douloureux, par des *mouvements inspiratoires lents et profonds*. Le malade fait une inspiration de cinq secondes de durée puis retient son haleine pendant une vingtaine de secondes: à ce moment le foie se trouve abaissé d'à peu près cinq centimètres. Une série de mouvements analogues constitue un véritable massage inspiratoire du foie, et d'après M. Möbius, aurait pour effet d'atténuer l'accès de crise.

Il est rare toutefois que les moyens externes soient suffisants, et il faut généralement leur adjoindre un traitement interne.

Traitement interne.— Les inhalations de chloroforme à petites doses, sans pousser jusqu'à anesthésie complète, diminuent la sensibilité des canaux excréteurs de la bile, sans affaiblir leur contractilité.

C'est une excellente pratique d'associer, pour ces cas, l'éther au chloroforme. L'on pourrait faire respirer au malade quelques gouttes du mélange suivant:

Chloroforme..... 1 once.
Éther anesthésique..... 1 ½ once.
Alcool..... ½ once.

On a essayé d'administrer le chloroforme par la bouche, mais ce mode d'administration n'est pas toujours le meilleur à cause des vomissements continuels. La potion suivante rendra des services si elle peut être gardée:

R
Eau chloroformée saturée..... f 6 onces.
Eau de tilleul..... f 4 onces.
Sirop de fleurs d'oranges..... f 2 onces.

A prendre: Une cuillerée à soupe à toutes les demi-heures ou à toutes les heures jusqu'à sédation.

Ou encore:

R
Éther sulfurique..... f 1 drachme.
Julep gommeux..... f 3 onces.

A prendre : Une cuillerée à soupe à toutes les demi-heures.

L'éther, comme on sait, entre dans la composition du classique remède de Durande, dont voici la formule :

℞

Essence de térébenthine... .. f 2½ drachmes.

Faites dissoudre dans Éther sulfurique... .. f ¼ once.

A prendre : ½ à 1 cuillerée à thé par jour dans du bouillon.

Les perles d'éther unies aux perles de térébenthine sont plus faciles à administrer et font le même effet.

On a obtenu d'excellents résultats avec l'éther amyvalérianique, médicament relativement nouveau, que l'on peut prescrire ainsi :

℞

Valérianate d'amyle... .. III gouttes.

Éther sulfurique... .. IV gouttes.

Pour une capsule en gélatine... .. F. S. A., No 30.

A prendre : Six capsules, deux par deux, de demi-heure en demi-heure.

L'éther amyvalérianique est surtout utile quand la crise est à son début, non-seulement il supprimerait mais il préviendrait le retour. Il dissout la cholestérine.

L'antipyrine, d'après M. J. Krauss (de Carlsbad), prise au moment précis du début de l'attaque peut faire avorter la crise et calmerait très efficacement la douleur, tandis qu'au bout de deux ou trois heures ce médicament aggraverait plutôt l'état du patient.

L'huile d'olive (méthode de J. Borde de la Nouvelle Orléans), vulgarisée par son compatriote J. Touate (1887), peut être considérée comme un moyen très-efficace contre la cholélithiase. On fait prendre en une seule fois 5 à 8 onces d'huile d'olive, additionnée de quelques gouttes d'essence d'anis. Cette dose amène généralement la cessation immédiate des coliques hépatiques. En la réitérant plusieurs jours de suite, on provoque le rapide dégagement des calculs arrêtés dans le canal cholédoque.

La glycérine préconisée comme succédané de l'huile d'olive, serait d'après M. Ferrand, le médicament par excellence de la lithiase biliaire. Administrée par l'estomac, la glycérine est absorbée en nature par les voies lymphatiques, notamment par les vaisseaux qui vont de l'estomac au hile du foie et à la vésicule biliaire; on la retrouve jusque dans le sang des veines sus-hépatiques. C'est un puissant cholagogue. A la dose de 6 à 8 drachmes, la glycérine détermine la fin de la crise hépatique. A la dose de 2 à 4 drachmes, prise chaque jour dans un peu d'eau alcaline, elle prévient de nouvelles attaques.

La bile (Schiff, Prévost, Binet, etc.), le fiel, le cholécate de soude, ont été prescrits avec des résultats douteux.

Le salicylate de soude recommandé par Stiller (de Budapest), puis par Germain Sée serait, suivant M. Chauffard, analgésique, diminuant les phénomènes douloureux et le spasme réflexe des conduits biliaires. Administré aux lithiasiques à la dose moyenne de 30 grains par jour, il a paru avoir une réelle efficacité en diminuant la durée ou la violence des crises hépatiques et en éloignant leur retour. Il est particulièrement indiqué dans les cas de coliques hépatiques fébriles.

Le benzoate de soude, a une action comparable à celle du salicylate; il a en outre l'avantage de ne pas déterminer, comme ce dernier sel, de bourdonnements, de céphalée, ni de vomissements.

Un bon mode d'emploi consiste à l'associer au salicylate de soude :

℞

Benzoate de soude... .. 75 grains.

Salicylate de soude... .. 150 grains.

En 15 cachets.— A prendre : 3 cachets par jour au moment des repas.

Malgré l'importance du rôle que l'on fait jouer au salicylate de soude, nous sommes de l'avis de M. Galliard qui prétend, que ce médicament, n'a conquis qu'une place modeste parmi les agents thérapeutiques employés contre la cholélithiase.

Le calomel, à la dose de 1 grain d'heure en heure, jusqu'à 4 ou 5 doses puis à toutes les 2 heures, (en ne dépassant jamais douze prises), jusqu'à l'apparition de selles copieuses, molles, verdâtres. Si, ce qui est rare, l'on se rendait jusqu'à la 12e prise sans obtenir d'effet purgatif, l'on ferait prendre au malade, 2 heures après la dernière dose de calomel, une cuillerée à bouche d'huile de ricin.

En outre, dès la première dose de calomel, le malade doit se gargariser souvent avec une solution de chlorate de potasse. Ce gargarisme sera continué quelques jours.

La trinitrine à la dose de 1-120 à 1-160 de goutte a été employée par M. G. Lindsay Turnbull (de Londres), chez une femme atteinte de coliques hépatiques, avec, comme effet, la disparition rapide des phénomènes douloureux.

La voie rectale est utilisée chez ceux que les vomissements rendent incapables de garder les médicaments administrés par la bouche.

Les lavements de chloral, 30 à 45 grains de chloral dans du lait tiède produisent un bon effet analgésique.

La belladone en suppositoires réussit aussi à calmer la douleur.

R

Extrait de belladone	} à un tiers de grain.
Extrait d'opium	
Beurre de cacao	

Pour un suppositoire.— Introduire un suppositoire d'heure en heure jusqu'à cessation.— Il ne faut cependant pas dépasser cinq suppositoires dans les 24 heures.

L'injection hypodermique de morphine est le moyen de choix pour calmer les violentes crises hépatiques. L'on associera l'atropine à la morphine si l'on veut éviter les vomissements et dans quelques cas le collapsus.

M. Kums (d'Anvers), a préconisé les injections sous-cutanées d'éther, répétées matin et soir pendant deux jours. M. Kums emploie de préférence la liqueur d'Hoffman (éther sulfurique et alcool, aa).

Voilà, à notre connaissance tout ce qui a été tenté contre la colique hépatique. Nous résumerions, comme suit, ce qu'il convient de faire en présence d'un cas de colique hépatique:

Avant tout, injection hypodermique de morphine.

Aussitôt après, recouvrir la région douloureuse d'un large cataplasme chaud arrosé de laudanum.

Donner ensuite 5 à 8 onces d'huile d'olive anisée, ou, s'il y a trop de répugnance, une à deux cuillerées à soupe de glycérine.

Si la crise n'est qu'à son début, six capsules d'éther amyvalérianique, deux par deux, de demi-heure en demi-heure.

Si la crise est confirmée, de temps à autre une cuillerée à soupe de la potion chloroformée.

Contre les vomissements incoercibles: pilules de glace, champagne frappé, potion de Rivière.

Comme alimentation: lait glacé, eau de Vichy, citronnade à l'eau de Seltz, consommé froid, etc., le tout fréquemment et par très-petites quantités à la fois.

Pas de purgatif, pas de bain pendant la crise.

Traitement de la blennorrhagie par le citrate de bismuth.

— (*Presse médicale*, 3 octobre 1900.)

MM. Balzer, médecin de l'hôpital St-Louis, et Leroy, interne des hôpitaux, ont pratiqué les lavages de l'urèthre au moyen d'une solution de citrate de

bismuth au 1-2000e d'abord pour en arriver rapidement à une solution au 1-500e.

Pendant la période aiguë le citrate de bismuth seul a été impuissant à guérir.

Par contre, au déclin de la blennorrhagie uréthrale, il a suffi dans les cas traités, de quelques irrigations pour amener rapidement la guérison.

Ils conseillent donc le citrate de bismuth pour ces derniers cas seulement. Il a l'avantage de n'être pas irritant, mais ne donne pas de résultats supérieurs à ceux que procurent le permanganate de potasse ou les sels d'argent à faibles doses.

Un nouvel hypnotique : Le Dormiol. — (R. ROMME, dans la *Presse médicale*, 14 septembre 1900.)

Le dormiol, découvert par MM. Fuchs et Koch, est obtenu en faisant agir le chloral sur l'hydrate d'amylène. Ces deux corps se combinent, molécule par molécule, donnant naissance à un liquide clair, transparent, d'odeur camphrée, d'une saveur légèrement brûlante, possédant un poids spécifique de 1.24; c'est le dormiol, dont chimiquement le nom serait diméthyl — éthyl — carbinol — chloral. Il est miscible en toutes proportions à l'alcool, l'éther, le chloroforme, le benzol, les huiles. Soluble dans l'eau après contact de plusieurs jours. Plus soluble si l'on chauffe l'eau au bain marie à 50° ou 60°.

Toxicité, d'après expériences, est notablement moindre que celle du chloral. Dose mortelle chez lapins, chiens, est d'un quart inférieure à celle du chloral (3 grammes chez lapin).

A doses physiologiques injectées sous la peau, le dormiol provoque un sommeil tranquille, accompagné d'une diminution des mouvements respiratoires et d'un léger abaissement de température. Au réveil, pas d'abattement ni somnolence.

La dose somnifère, chez l'homme, varie entre 12 à 30 grains. Ce médicament s'administre sous forme de capsules (il est alors plus lent d'action) ou dans une potion gommeuse.

Potion gommeuse....	120	gram.
Sirop d'écorces d'orange....	20	"
Dormiol....	10	"

Une ou deux cuillerées à bouche avant le coucher.

(Frieser).

Son goût est désagréable, les malades néanmoins l'acceptent sans trop de répugnance et le supportent bien. Le sommeil survient dans l'heure de l'administration, dure de 5 à 8 heures, sans rêves, ni malaises et aux doses sus-indiquées, il n'y a pas de ralentissement des mouvements respiratoires ni de la circulation, la température, non plus, n'est pas affectée.

Les malades, au réveil, ont l'impression d'avoir dormi d'un sommeil naturel, ils n'ont pas de céphalalgie, ni de somnolence. A ce point de vue le dormiol est supérieur à tous les autres hypnotiques. Quelques malades se sentent en appétit après une nuit de repos sous l'influence du dormiol, ce qui porte à conclure que l'estomac ne souffre aucunement de son administration.

Les indications sont celles des hypnotiques vrais. Il échoue dans les insomnies causées par la douleur, n'ayant pas d'action analgésique. D'après M. Schultze, il échoue dans la manie récente, dans l'excitation de la paralysie générale, de l'épilepsie. Par contre, il serait l'hypnotique de choix dans la mélancolie et les états dépressifs.

MM. Frieser, von Ketly, Peters, Moir, n'ont eu qu'à se louer de son effet, à titre de médication symptomatique dans un grand nombre de maladies v. g., chorée, pneumonie, érysipèle, néphrite, cirrhose du foie, angine de poitrine, tabes, tuberculose, etc., etc. Ils ont reconnu que les malades le supportent très bien.

H. HERVIEUX.

TABLE ALPHABÉTIQUE 1900

AUTEURS

— A —		
<i>ASSELIN.</i>		L'extrait thyroïdien dans le créti-
Nouveau danger de l'emploi du chlo-		nisme..... 600
roforme..... 29		<i>DUBE.</i>
— B —		Pièces pathologiques.... 38, 166
<i>BENOIT.</i>		Insuffisance aortique.... 168
Hémorrhagie cérébrale..... 257		Constipation chronique... 169
La peste bubonique..... 362		Fièvre typhoïde chez un enfant de
Paralysie intestinale dans la fièvre		quatre mois et onze jours... 219
typhoïde..... 417		Éléphantiasis congénital... 308, 343
La formaldéhyde comme désinfect-		Anévrysme de l'aorte... 309
tant..... 447		Traitement diététique de la gastro-
L'assemblée annuelle du C. M. et		entérite infantile... 408
C. P... 459		<i>D'HAMEL.</i>
Hygiène des enfants pendant l'été... 534		Abcès du cervelet... 37
Le dixième congrès international		
d'hygiène et de démographie... 694		— F —
Cirrhose atrophique du foie... 791		<i>FOUCHER.</i>
<i>BERNHEIM.</i>		Notes sur un cas de tumeur intra-
Grossesse et tuberculose... 739		oculaire... 38
<i>BOUCHER.</i>		Le danger des courants électriques... 129
Un cas d'appendicite... 164		Nécrose syphilitique du cornet infé-
<i>BOULÉT.</i>		rieur... 168
Déviation de la cloison du nez... 164		Enucléation de l'œil... 218
Sarcôme de l'orbite... 308		Nécrologie du professeur Brosseau... 659
Un cas de sarcôme de l'orbite... 352		Anomalie du pavillon de l'oreille et
		occlusion du conduit auditif ex-
		terne... 829
— C —		— H —
<i>CHAGNON.</i>		<i>HARWOOD.</i>
Foie communiquée, folie à trois,		Chirurgie conservatrice... 165
folie à deux... 597		De l'adhérence intestinale après la-
<i>CHOPIN.</i>		paratomie avec drainage... 166
Analyses chimiques des eaux pota-		Deux cas de kystes avec torsion du
bles au point de vue hygiénique... 518, 602, 679		pédiéule... 514
		<i>HERVIEUX.</i>
— D —		Le traitement de la pneumonie
<i>DECOTRET.</i>		franche... 431, 439
Des soins à donner à la femme		<i>HINGSTON.</i>
avant, pendant et après l'accou-		A propos de l'inflammation... 39
chement... 80, 154		
Fœtus morts dans l'utérus et môles		— I —
hydatiformes... 92, 193		<i>LACHAPELLE, E. P.</i>
De la délivrance... 271		Le médecin et l'hygiène... 664
Du forceps: quand et comment l'ap-		<i>LACHAPELLE, S.</i>
pliquer... 579		Nécrologie du professeur Norbert
Albuminurie pendant la grossesse... 777		Fafard... 495
<i>De GRANPRE.</i>		<i>LARIN.</i>
Infection généralisée d'origine éry-		Leucocytose: hypermégalie hépatique
sipélateuse... 218		et splénique... 37

Môle hydatiforme.	91	Arthrite aiguë blennorrhagique ; symptômes et traitement. 145, 209, 294	
Néphrite aiguë et urémie chez un prostatique.	92	L'urgence de l'intervention chirur- gicale en matière d'appendicite.	346
<i>Le CAVALIER.</i>			
Le sanatorium et les tuberculeux in- digents.	31	Abscès de la fosse iliaque — observa- tion clinique.	675
<i>Le SAGE.</i>			
Oedème suraigu du poumon avec observations.	325	— R —	
Les fêtes de la Société Médicale de Québec.	452	<i>RICARD.</i>	
— al —		Chloroforme et gaz d'éclairage.	91
<i>MARIEN.</i>			
Appendicite par corps étranger.	306	<i>ROTTYOT.</i>	
Arthrite tuberculeuse du genou.	306	De l'inflammation et de son traite- ment.	
Tumeur osseuse de la jambe.	309	— S —	
Volumineux chondrome de la jambe chez un malade présentant des an- giômes cutanés.	499	<i>ST-JACQUES.</i>	
Pathogénie des fibro-myômes.	769	Ostéo-arthrites tuberculeuses ; trai- tement chirurgical.	65
Péritonite généralisée par perfora- tions intestinales dans un cas aty- pique de fièvre typhoïde. — Inter- vention chirurgicale. — Mort.	844	Universités allemandes, Berlin.	135
— p —		Universités autrichiennes, Vienne.	204
<i>MERCIER.</i>			
Amputation de la jambe dans un cas de gangrène sénile chez un athé- romateux diabétique.	91	Polypes utérins.	762
Arthrite tuberculeuse du genou.	307	<i>SMITH.</i>	
Deux observations de kystes hydati- ques traités par l'intervention chi- rurgicale.	427	L'importance des rétroversions de l'utérus.	87
Du traitement des plaies par l'ent- baument à la suite de trauma- tismes.	831	— T —	
— p —		<i>TROUSSEAU.</i>	
<i>PARIZEAU.</i>			
Un cas d'appendicite.	91	Les traumatismes oculaires.	818
		— V —	
		<i>VALLIN.</i>	
		Spasme laryngé par auto-intoxica- tion due à l'insuffisance rénale par artério-sclérose généralisée.	219
		<i>VILLENEUVE.</i>	
		Tentative de meurtre: allégation de folie morale; responsabilité; ob- servation médico-légale.	506

BIBLIOGRAPHIE

— A —		<i>BOUCHARD-BRISSAUD.</i> — Traité de médecine.	228
<i>AUDHOUI.</i> Comment on se défend contre les maladies de l'estomac.	815	<i>BROCA.</i> — L'appendicite.	55
<i>AUSSET.</i> — Leçons cliniques sur les maladies des enfants.	203	— C —	
— B —		<i>CHOQUETTE.</i> — Les Carabinades.	64
<i>BEAUDOIN.</i> — Questions d'internat et d'externat.	735	<i>CLAUDE.</i> — Cancer et tuberculose.	235
<i>BERNHEIM.</i> — La médication ergo- tée.	575	<i>CORNET.</i> — Pratique de la chirurgie courante.	208
— La digitale.	576	— G —	
<i>BOCQUILLON-LIMOUSIN.</i> — For- mulaire des médicaments nouveaux pour 1900.	62	<i>GARNIER-DELAMARRE.</i> — Diction- naire des termes techniques de mé- decine.	62
<i>BOUCHARD.</i> — Traité de pathologie générale.	63	<i>GAUTIER.</i> — Tableaux synoptiques de symptomatologie.	144
		<i>GRASSET.</i> — Anatomie clinique des centres nerveux.	102

— II —	— R —
HUCHARD.— Consultations médicales. 815	RAYMOND.— Clinique des maladies du système nerveux. 270
— I —	ROCHET.— Chirurgie du rein et de l'uretère. — Indications. — Manuel opératoire. 735
INTERNATIONAL CLINICS. 180	— S —
— K —	SAULIEU et DUBOIS.— Conférences pour l'externat des hôpitaux de Paris. 153
KNOPF.— Les Sanatoria. 399	SAULIEU-LEBIEF.— Tableaux synoptiques d'obstétrique. 217
— J —	— T —
LACASSAGNE.— <i>Vade-Mecum</i> du médecin expert. 575	TEISSIER.— Les albuminuries curables 196
LUTAUD.— Manuel complet de gynécologie médicale et chirurgicale. . . 242	— V —
— M —	L'IBERT.— Précis de toxicologie clinique et médico-légale. 409
MORIT-DOYON.— Traité de physiologie. 256	LILLENEUVE.— Les aliénés devant la loi. 118
— P —	
PANTALONI.— Chirurgie du foie et des voies biliaires. 50	

MATIÈRES

— A —	
Abcès de l'amygdale, diagnostic et traitement. 729	tra-rachidienne de cocaïne et d'eucaine. 600
Abcès du cercelet. 37	Anévrysmes. Traitement des — par la gélatine en injections sous-cutanées. 712
Accouchement, Des soins à donner à la femme avant, pendant et après l'— 80, 154	Anévrysme de l'aorte. 309
Accouchement post-mortem, Un—. . . 396	Angiomes. Traitement des—par l'électrolyse. 483
Acnée rebelle, traitement de l'. . . . 492	Anorexie. 814
Adhérence intestinale après laparotomie avec drainage, De l'—. 166	Antitoxines. Rapport sur les toxines et les—. 730
Agraphie, Aphasie motrice pure sans. 650	Appétit. Perte d'— chez les enfants. 721
Aiguilles hypodermiques. Nettoyage des. 493	Aphasie motrice pure sans agaphie. . 650
Albuminurie pendant la grossesse. . . 777	Appendicite. Un cas d'—. 164
Alimentation artificielle des nourrissons. 645	Appendicite par corps étranger. . . . 306
Aménorrhée. 394	Appendicite aiguë. Un cas d'. 91
Amygdale. Abcès de l'— diagnostic et traitement. 729	Appendicite. L'urgence de l'intervention chirurgicale en matière d'. . . 346
Amygdales. Les — porte d'entrée de la tuberculose. 464	Artério-sclérose. Les causes de l'. . . 548
Analyses chimiques des eaux potables au point de vue hygiénique. 518	Arsenic. Cure radicale de l'épithélioma par l'—. 392
Anastomoses intestinales et gastro-intestinales. 623	Arthrite aiguë blennorrhagique. Symptômes et traitement de l'. 145, 209, 294
Anémie. L'— des nourrissons dyspeptiques. 571	Arthrite tuberculeuse du genou. . . . 306
Anesthésie par injection lombaire in-	Arthrite blennorrhagique. Deux cas d'— chez les enfants. 482
	Asepsie dans les opérations, sur l'. . 553
	Asepsie. De l'— opératoire. 469
	Athéromateux et diabétiques. De l'intervention chirurgicale chez les. . . 62

— B —

Bains. Doit-on administrer les — quotidiens aux nouveaux-nés.	722
Bill Roddick. La question du.	124
Bill Roddick. L'opposition au.	188
Bill Teller. Le.	397
Bills médicaux à Québec. Les.	248
Blennorrhagie. Traitement de la.	492
Blennorrhagie.	814
Bourse de Ténon. Hydropisie enkystée de la.	381
Bronchite.	119
Bronchite aiguë.	120
Bronchorrhée fétide.	394
Bronchites. Potion expectorant et calmante contre les.	814
Brousseau. La nécrologie du professeur.	659

— C —

Cacodylate de Soude. Le — dans la chorée et la tuberculose pulmonaire.	390
Cancer de l'estomac. Analyse du sang dans le.	463
Cancer. Traitement du — de l'utérus.	628
Capsules surrénales. De l'action de l'extrait de.	807
Cardiaques. Repos et mouvements chez les.	542
Cervelet. Absès du.	37
Chancre mou.	814
Chancre mou. Traitement du.	492
Chirurgie. De la — sans le vouloir.	397
Chirurgie conservatrice.	165
Chloroforme et gaz d'éclairage.	91
Chloroforme. Nouveau danger de l'emploi du.	29
Chlorure de Zinc. Mort à la suite d'une injection intra-utérine de.	381
Chondrome volumineux de la jambe, chez une malade présentant des angiomes cutanés.	499
Colique hépatique. Traitement de la — du foie.	000
Cirrhose atrophique du foie.	791
Cloison du nez. Déviation de la.	164
Club médical de Paris.	493
Club des appendicites.	493
Colite muco-membraneuse. Traitement de la.	619
Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec.	459
Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec.	574
Colite muco-membraneuse. Symptomatologie, diagnostic et marche clinique de la.	618
Comité d'études médicales.	371
Congrès International de Médecine.	60
Conseil d'Hygiène. Le rapport annuel du.	181, 236

Constipation habituelle.	169
Consultation chez l'empereur de Chine. Une.	396
Coqueluche. Traitement de la.	492
Cordes en lance. - Lippé.	734
Courants électriques. Le danger des.	129, 165
Courrier des Hôpitaux.	51, 121, 244
Crétinisme. Extrait thyroïdien dans le.	600
Crachats. Examen des — chez les enfants.	727
Cyclisme et le crime Lombroso. Le.	404

— D —

Délivrance. De la.	271
Désinfectant. La formaldéhyde comme.	447
Desquamation dans la fièvre typhoïde. De la.	552
Diabétiques. Le régime lacté chez les.	710
Diarrhée infantile.	120
Dystocie. Position de Watcher dans la.	720
Dysenterie. Traitement de la.	493

— E —

Eaux potables. Analyses chimiques des — au point de vue hygiénique. 518, 602,	679
Eczéma du cuir chevelu chez les enfants.	394
Éducation médicale.	542
Éléphantiasis congénital.	343
Éléphantiasis congénital.	308
Endocardite végétante aiguë des valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire.	373
Endométrite. Traitement de l' — par le chlorure de zinc.	805
Enucléation de l'œil.	218
Entérite muco-membraneuse. Pathogénie et anatomie pathologique de l' —	618
Epididymite. Le gaiacol dans l' —	484
Épithélioma. Cure radicale de l' — par l'arsenic.	392
Epilepsie pendant la grossesse. L' —	42
Epilepsie. La médication bromurée dans l' —	541
Episclérite et scléro-choroïdite antérieure.	560
Erysipèles de la face. Cause et traitement des.	464
Erythème des fesses chez les enfants.	394
Estomac. Peut-on donner des aliments liquides aux dilatés de l' —	490
Ethmoïdite. Le traitement de l' — purulente.	628
Études médicales. Sur l'importance de continuer les.	549

— F —

Fafard, Le prof. — Nécrologie.. . . .	495
Fécondation artificielle.. . . .	397
Femme enceinte albuminurique. Quand est-il indiqué d'interrompre la grossesse chez une...	386
Fibro-myômes. Pathogénie des.. . . .	769
Fièvre typhoïde. Paralyse intestinale dans la...	417
Fièvre typhoïde. Alimentation dans la...	375
Fièvre typhoïde. Un autre cas de sans lésions intestinales, avec recréation de Widal.. . . .	374
Fièvre typhoïde à début brusque.. . . .	802
Fièvre typhoïde chez un enfant de quatre mois et onze jours.. . . .	419
Fièvre. Étiologie et nature de la puerperale.. . . .	637
Fièvre typhoïde. Prophylaxie de la dans les armées en campagne.. . . .	654
Fluxion de poitrine. De la...	94
Fœtus mort dans l'utérus et mûles hydatiformes.. . . .	92
Fœtus. Du mort et retenu dans la cavité utérine et de la môle hydatiforme...	193
Fœticide thérapeutique. Du soi-disant.. . . .	179
Foie. Cirrhose atrophique du.. . . .	791
Folie communiquée, folie à trois, folie à deux.. . . .	507
Formaldéhyde. La — comme désinfectant...	447
Formaline. La — dans la tuberculose pulmonaire...	394
Forceps. Du — quand et comment l'appliquer...	579

— G —

Gaiacol. Le — dans l'épididymite.. . . .	484
Garde-malades. De la tuberculose chez les...	463
Gastro-entérite aiguë des nouveau-nés.. . . .	481
— Traitement de la — infantile.. . . .	468
Gangrène sénile chez un athéromateux diabétique. Amputation de jambe dans un cas de...	91
Gélatine. Traitement des anévrysmes par la — en injections sous-cutanées.. . . .	712
Gonorrhée. La prophylaxie et le traitement de la — par le bleu de méthylène.. . . .	489
Goutte. Pathogénie de la.. . . .	616
— Potion contre la.. . . .	814
Grossesse. La tuberculose dans ses relations avec la...	739, 480

— H —

Hémorragie cérébrale.. . . .	257
------------------------------	-----

Hémorragies utérines. Le peroxyde d'hydrogène contre les.. . . .	382
Hémoptysie. Traitement symptomatique de l'...	811
Hémiplégie. Le diagnostic de l'organique et de l'— hystérique.. . . .	652
Hématozoaire. Rapport sur l'— du paludisme.. . . .	732
Hermes. Cure radicale de...	803
Hérédo-syphilis. Prophylaxie de l'...	387
Hoquet. Comment faire cesser le...	573
Huile de foie de morue. Manière d'administrer l'— sans la goûter.. . . .	726
Hydatiques. Kystes — traités par l'intervention chirurgicale.. . . .	427
Hydropisie enkystée de la bourse de Ténon...	381
Hygiène. Le médecin et l'...	664
Le dixième congrès international...	694
Hypermégalie hépatique et splénique dans la leucocytose...	37
Hyperthermie hystérique. Un cas d'...	379
Hystérique. Polyurie...	463
Hystéropexie. De l'effet de — et de l'amputation du col utérin sur la grossesse et l'accouchement.. . . .	806
Hygiène des enfants pendant l'été...	534

— I —

Iliaque. Abscès de la fosse.. . . .	675
Immunité. Rapport sur l'...	729
Incontinence nocturne d'urine et irritations vésicales chez les enfants...	809
Influenza chez les enfants.. . . .	723
Inflammation. L'...	39
— Traitement de l'...	5
Infection généralisée d'origine érysipélateuse.. . . .	218
Infection abdominale. De l'irrigation de l'abdomen dans l'...	167
Infection puerpérale. Traitement de l'...	477
Insectes. Contre les piqûres des.. . . .	733
Insuffisance rénale. Diagnostic de l'...	617
Insuffisance aortique.. . . .	168
Intoxication gastro-intestinale. A propos d'...	544
Iritis. Valeur pronostique de l'— dans la syphilis...	559
Irrigations rectales. De la valeur des — en gynécologie.. . . .	381

— K —

Kystes. Deux cas de — avec torsion du pédicule.. . . .	514
L'intervention chirurgicale dans les — hydatiques...	427
Kyste ou ligament large.. . . .	806

— I. —

Langage. L'importance du centre auditif du — comme organe d'arrêt du mécanisme du..	650
Legs. Un — du professeur Tarnier..	396
Léthargie. Un cas de — prolongée..	734
Leucocytose..	37
Levure de bière. Du traitement de la pneumonie par l'ingestion de la..	488
Licence. Le projet de — interprovinciale..	56
— Les objections au projet de — interprovinciale..	314
Lithiase biliaire. Le traitement de la..	642

— M —

Maladies contagieuses. La déclaration des..	47
Mal de mer. Traitement du — par l'élixir parégorique..	490
Maladies utérines. Prévention des — avant et après la puberté..	382
Mal de mer..	573
Mariage. Tuberculose et..	464
Médication thyroïdienne..	494
Membranes. Rétention des..	43
Menstrues. Persistance des — durant la grossesse..	808
Métrites cervicales..	632
Microcéphalie. La — et les résultats de la craniotomie dans la..	564
Monstre hétérodeiphe..	494
Monstre. Un..	494
Mort apparente. De la — du nouveau-né..	383
Mydriase monoculaire chez l'adulte, signification, pronostic..	560

— N —

Néphrite aiguë et urémie chez un prostatique..	92
Neurasthénie et divorce..	494
Névrite rétro-bulbaire rhumatismale..	380
Nécrose syphilitique du cornet inférieur..	168
Nourrissons. Consultations de..	388
— Alimentation artificielle des..	645
Nouveaux-nés. Doit-on administrer les bains quotidiens aux..	722

— O —

Oedème suraigu du poumon..	325
Oeil. Enucléation de l'..	268
Opium. Indication de l' — dans la diarrhée des jeunes enfants..	573
Orbite. Un cas de sarcome de l'..	352
Oreille. De la production et de la prophylaxie des suppurations de l'..	626

Ostéo-arthrites tuberculeuses. Traitement chirurgical des..	65
---	----

— P —

Paludisme. Rapport sur l'hématozoaire du..	732
Pancréas. Chirurgie du..	714
Paralysie intestinale dans la fièvre typhoïde..	417
Peau. Pour conserver la — des mains blanche et douce..	733
Peste. La — bubonique..	362
Petite vérole. Traitement de la — par le salol..	727
— Traitement efficace de la..	728
Phlébite. Mobilisation précoce dans la..	639
— Durée de l'immobilisation dans la..	711
Phthisie..	243
Photothérapie de la rougeole..	484
Phthisiques. Les — gras..	548
Pièces pathologiques..	38, 166
Piqûres. Contre les — d'insectes..	733
Pleurésies. Traitement des — purulentes aiguës..	393
Pleurésie appendiculaire. La..	378
Pleurésies séro-fibrineuses. Le pronostic éloigné des..	465
Plaies du globe oculaire. Conduite à tenir dans les..	475
Pneumonie franche. Traitement de la..	356, 439
Pneumonie franche. Traitement de la — par la levure de bière..	488
Polypes utérins..	762
Polyurie hystérique..	463
Position O. I. G. Pourquoi l'enfant se présente-t-il presque toujours dans la..	565
Poumon droit. Compression par des ganglions du médiastin de nature probablement tuberculeuse..	373
Poumon. Oedème aigu du..	325
Pouls. Un cas de — lent permanent..	713
Présentation du siège décomplété, mode des fesses..	229
Programme..	373
Prostate. Résultats éloignés des traitements opératoires dans l'hypertrophie de la..	718
Puerpérale. Traitement de l'infection..	477
Purgatif agréable..	119
Psychoses. Traitement des — aiguës par le repos au lit..	563

— R —

Radiographie. La — dans l'étude des fractures et des luxations..	622
Raorts. Des — qui existent entre la grossesse et les maladies nerveuses..	566
Reflexes tendineux. La nature des..	651

