

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

Continuous pagination.

- 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.

LA GAZETTE MÉDICALE DE MONTRÉAL

Revue Mensuelle de Médecine, de Chirurgie et des Sciences
accessoire.

VOL. III.

MONTRÉAL, JUIN 1889.

No 6.

TRAVAUX ORIGINAUX.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES

HOSPICE DE LA SALPÉTRIÈRE.

LEÇONS DE MR. LE PROFESSEUR CHARCOT.

NOTES DU DR. LABERGE.

MAL DE POTT ANCIEN ET GUÉRI.

Hystérie tardive.

Le malade, que nous avons devant les yeux, est une vieille connaissance de 20 ans ; elle a aujourd'hui 47 ans.

La Salpêtrière, étant un hôpital-hospice, nous fournit l'avantage d'un double mode d'observation : observation épisodique à l'hôpital pendant l'état aigu, et observation continue à l'hospice, lorsque le malade devenu chronique est passé de l'un à l'autre.

Cette femme est entrée ici en 1869 à l'âge de 28 ans : elle était alors atteinte d'une paraplégie par *mal de Pott* (tumeur ulcérée vertébrale) qui l'a condamnée au lit durant un an.

Les antécédents héréditaires nous apprennent peu de chose, soit quant à sa maladie vertébrale, soit au point de vue nerveux. Orig-

naire du département de la Manche, elle arrive à Paris à 23 ans pour se mettre en service ; elle n'avait rien alors que quelques migraines, de l'anémie ; à 25 ans elle fait une fièvre typhoïde qui la laisse dans un grand état de faiblesse ; c'est alors qu'elle commence à éprouver des douleurs dans le dos, des douleurs en ceinture ; puis elle voit lentement s'incurver sa colonne vertébrale.

Après un premier séjour à l'hôpital de la Pitié (service de Lorrain) en 1867 elle est obligée d'entrer de nouveau en 1869 à la Charité dans le service de Pidoux. C'est alors que la paraplégie commence, et c'est alors que nous intervenons.

Nous avons ici le phénomène de la compression lente de la moëlle : phénomène purement mécanique (donc de ce côté du moins pas d'hérédité nerveuse à chercher). Cela guérit plus souvent qu'on ne le croit, toujours même, dans des conditions particulières que nous dirons plus bas.

On a envoyé cette femme ici comme incurable ; elle était alors alitée, paraplégique avec rigidité, présentant le phénomène du pied. (1)

Ce phénomène consiste en une trépidation plus ou moins prolongée du pied après un redressement brusque imprimé au pied par le médecin.

Elle présentait également l'exagération du réflexe rotulien (signe de Westphal), avec cela de la rétention d'urine, douleurs en ceinture, gibosité : c'est l'époque où l'on essayait depuis quelque temps l'influence des pointes de feu dans les maladies vertébrales. Rayer, qui, à l'Institut, appartenait à la section de la médecine vétérinaire, emprunta cette pratique à ses confrères de la section, pour qui l'emploi des pointes de feu était d'un usage journalier dans leur art : de fait, les pointes de feu produisent d'excellents résultats, ramenant souvent la marche chez les paraplégiques par mal de Pott. En effet, c'est grâce à ce traitement qu'en 1870 notre malade recouvre l'usage de ses jambes au point d'être employée ici comme servante, de faire des courses : elle a pu dans ces derniers temps faire jusqu'à trois lieues à pied.

Cependant le médecin aurait pu retrouver les traces du mal de Pott à la persistance de l'exaltation du réflexe rotulien et du signe du pied. Pour ramener la paraplégie spasmodique il ne faudrait semble-t-il qu'un incident (une chute, des douches mal entendues, un vésicatoire

(1) Découvert par Vulpian et Charcot, ils avaient reconnu l'existence de paraplégie avec trépidation (trépidation épileptoïde provoquée.) Ils avaient remarqué, au contraire, l'absence de cette trépidation chez les ataxiques et cela déjà 7 à 8 ans avant que Westphal découvrit le réflexe rotulien. (Thèse Dubois 1867).

inopportun sur les membres) et cela est bien fait pour nous donner à réfléchir sur la thérapeutique des sujets porteurs d'un mal de Pott guéri.

Maintenant voici qu'il est survenu quelque chose de nouveau chez notre malade, et l'on a pu craindre le retour de la paraplégie. Mal de Pott aujourd'hui cela veut dire tuberculose, et l'histoire de la tuberculose vertébrale a suivi celle de la tuberculose pulmonaire. Laënnec en avait établi l'unité. Les allemands la démembèrent, on parla de phthisie tuberculeuse, tubercules miliaires, phthisie fibroïde, caséreuse, etc.

L'intervention de Villemain démontra expérimentalement l'inoculabilité de la tuberculose ; puis, les anatomopathologistes (Grancher) ont fait voir que le tubercule était identique à lui-même et se rencontrait aussi dans la phthisie caséreuse : alors est venue la découverte du bacille par Koch, ce n'a été qu'une dernière preuve ajoutée à la doctrine unitaire de la tuberculose dont l'histoire reste absolument française.

Supposons une masse caséreuse occupant le corps d'une vertèbre.

Tant que la gaine vertébrale n'a pas été ouverte il n'y pas de compression spinale du genre de celle-ci. Il peut arriver que la moëlle soit comprimée par une courbure de la colonne vertébrale ou par une esquille ; mais les compressions par lésions osseuses sont heureusement les moins communes : dans un fait de Brown-Séguard, on avait vu se former une bosse subite, la compression avait été instantanée : un brusque redressement avait guéri de suite la paraplégie ; mais nul n'oserait agir de même vis-à-vis d'une gibosité chronique.

Le ligament vertébral antérieur est déchiré, il y a envahissement du tissu cellulaire qui constitue la périméninge puis la dure-mère devient malade à l'extérieur, il se produit une espèce de champignon qui d'abord ne couvre la dure-mère que du côté du corps vertébral ; mais qui progresse bientôt autour de la dure-mère de manière à faire l'anneau ; c'est une inflammation caséo-tuberculeuse de la dure-mère qui n'atteint jamais que la couche externe de cette membrane. Ce champignon est à l'étroit dans la périméninge, et va comprimer la moëlle, qui, dans les premiers jours de cette compression, ne subit pas de modification de tissu ; mais, peu à peu, il se forme une myélite transverse : si l'on arrive à guérir le champignon, la paraplégie par mal de Pott aura guéri du même coup. On rencontre des tubercules de guérison dans les cas de tuberculose osseuse bien plus fréquemment que dans la tuberculose pulmonaire ; cela surtout lorsque le malade est fort d'ailleurs, et qui n'a pas d'abcès ossifluents.

Notre malade guérie ne conserve plus que le signe du pied et le signe

du genou. Il s'agirait de savoir nécroscopiquement ce qui s'est passé, et comment est, chez cette femme, la moëlle qui a subi un an de compression : nous avons sur ce point une observation de premier ordre ; c'est l'autopsie d'une femme morte de tuberculose pulmonaire après un an et demi de paraplégie par mal de Pott et deux ans de guérison.

La dure-mère portait encore les traces du champignon caséeux ; une sorte de rugosité où les tubercules étaient remplacés par une masse caséuse très durcie, mais évidemment devenue inerte. Au point de la compression, la moëlle retrécie présentait le volume d'une plume d'oie ; au-dessus et au-dessous, volume normal : il restait évidemment bien peu de tubes nerveux au niveau de ce retrécissement : ils avaient pourtant suffi à rétablir la motilité. La substance grise était représentée par une seule corne et on aurait dit de la sclérose alentour. Au microscope on voyait un petit nombre de gros tubes nerveux qui semblaient beaucoup plus développés qu'à l'état normal.

Le mécanisme de la marche est tout organisé dans la moëlle lombaire et les tubes supérieurs ne sont que des tubes de transmission ; mais pour que la transmission s'opère il ne faut pas autant de tubes nerveux que la nature en a fait. Le mécanisme de la marche n'est pas tout entier dans le cerveau qui ne fait que transmettre des ordres.

Revenons à notre malade et au côté clinique. Elle a 47 ans ; la ménopause est survenue, c'est un âge décisif comme l'établissement des règles : il y a la chlorose de la ménopause ; les femmes deviennent plus ou moins pleurardes, hypochondriaques, elles ressentent des frissonnements, des bouffées de chaleur qui montent à la face, elles peuvent aussi devenir neurasthéniques et hystériques ; mais puisque les femmes, de cet âge, sont en état d'imminence morbide, n'assistons nous point ici à une nouvelle évolution tuberculeuse : en effet, la patiente se plaint de douleurs dans le dos, de faiblesse dans les jambes, et depuis quelque temps aussi dans les membres supérieurs. Il serait assez naturel de supposer une rechûte et peut-être une invasion du mal vers la région supérieure. Louis avait déjà fait remarquer les phénomènes ascendants du mal de Pott, nous allons voir que la situation est plus complexe et vraisemblablement moins grave.

Le mal de Pott s'annonce autant par des phénomènes nerveux que par des phénomènes d'un autre ordre. La gibosité ne se produit que si la vertèbre s'affaisse et elle ne s'affaisse pas primitivement ; souvent même, elle ne s'affaisse point : il peut y avoir un mal de Pott sans gibosité, il commence toujours par un travail intérieur dont il faut connaître le côté clinique. Un des premiers signes, c'est la douleur dans le dos : cela peut tenir à l'ostéite vertébrale. En pressant sur les apophyses on provoque une douleur sourde et profonde (douleur

osseuse). Le champignon dont il a été question plus haut est traversé par des racines nerveuses motrices et sensibles, les racines sensibles souffrent, d'où une pseudo-névràlgie, qui n'est autre qu'une névrite provoquant des douleurs en ceinture. Le malade arrive souvent couvert de vésicatoires : le médecin a cru à de la pleurodynie, même à de la pleurésie ; car l'oreille entend volontier ce qu'elle s'imagine entendre. Supposons qu'il y ait compression spinale, la paraplégie se produit, il y a d'abord engourdissement des pieds, faiblesse des membres avec caractère spasmodique. Les phénomènes de la sensibilité sont peu accusés, pas ou très peu d'anesthésie, les troubles vésicaux n'arrivent aussi que tardivement, les phénomènes moteurs tiennent le premier plan dans le tableau.

Notre malade présente une exaltation énorme des reflexes rotuliens ; on obtient, par une seule percussion des tendons, deux ou trois détonations ; de là à la contracture il n'y a qu'un pas et en effet on arrive à la déterminer promptement par une percussion répétée. (Ici M. Charcot la démontre par l'expérience sur la patiente ; mais il fait cesser instantanément par la flexion forcée la contracture qu'il vient de provoquer.

Il y aurait donc chez elle un petit retour de paraplégie par mal de Pott.

Il y a une histoire inattendue qui nous a intrigués pendant plusieurs jours. (Nous répèterons à cette occasion que la disposition habituelle du clinicien doit être une sorte d'inquiétude scientifique, et cette disposition serait surtout la nôtre en présence des surprises que nous ménagent sans cesse les névroses).

En examinant la sensibilité, on remarque une anesthésie complète des membres inférieurs ; mais nous venons de dire, que, dans la paraplégie par mal de Pott, la motilité est affectée au premier chef, et que l'anesthésie ne se produit que secondairement ; de plus l'anesthésie se limite en avant dans les aines et en arrière dans le sillon fessier, la limite de l'anesthésie est en forme de gigol : nous connaissons ces sortes d'anesthésies par les paraplégies hystérotraumatiques et hystérohypnotiques : il n'y a que dans l'hystérie et dans l'hypnose que se produise cette anesthésie par segments. Ici, outre l'anesthésie cutanée il y a encore l'anesthésie profonde, le sens musculaire est complètement aboli dans les jambes ; on trouverait encore cela dans une myélite centrale ; mais chez une malade qui conserve des mouvements il ne faut point y songer.

C'est une maladie hystérique, cela est, et cela ne peut pas ne pas être. S'il y avait eu des phénomènes ascendants elle nous aurait signalé des douleurs des bras et de l'anesthésie suivant la distribution

des nerfs ; or le plexus brachial coupé, l'épaule et le bras sont encore sensibles.

Nous avons enfin du rétrécissement du champ visuel, elle n'a pas d'attaques ; mais cela n'est pas nécessaire. Peut-on expliquer ces symptômes, nous allons l'essayer : La malade est dans la période de la ménopause, période de chlorose ; il y a analogie entre l'apparition des règles et leur disparition. Une condition mentale qui n'a peut-être pas été assez remarquée dans l'hystérie : c'est l'auto-suggestion, nous connaissons en effet un état (sommambulisme provoqué) ou nous pouvons suggérer n'importe quoi, il y a un état analogue dans la veille, le haschisch et l'ivresse ; dans l'hystérie c'est la même chose : l'hystérique est suggestionnable au suprême degré, et, à côté de la suggestion externe, il y a l'auto-suggestion : c'est par suggestion externe, que nous produisons les paralysies traumatiques dans l'hypnose, et c'est par auto-suggestion que l'engourdissement d'un membre, se repercutant dans un cerveau suggestionnable, prend une importance exagérée et peut amener une paralysie de ce membre.

Cette femme est dans un état analogue à l'état somnambulique ; ces jours-ci elle sent ses membres plus faibles ; voilà le point de départ de l'état mental, auquel nous venons de faire allusion, par suite elle contracte une paralysie suivant le mode des paralysies psychiques, et pour les membres supérieurs l'explication serait identique.

Traitement. Sous l'influence de la ménopause il y a de l'anémie, on lui donnera des toniques et une bonne nourriture ; des pointes de feu pour le mal de Pott au cas où il se montrerait menaçant. Quant à l'hystérie, c'est un feu qui s'éteint il suffira du traitement sus-indiqué.

II OBS.

Un autre malade nous présente un cas analogue ; mais ici les termes sont renversés. Y a-t-il donc un mal de Pott hystérique ? Oui ! pour rendre modestes les cliniciens.

Voici donc, marchant appuyé sur une béquille un grand garçon de 24 ans habitant de B.....près de Charenton, c'est un village gai, le paysan reçoit les effluves de Paris, il voit passer les canotiers parisiens sur la rivière : notre jeune homme a une certaine éducation, ce n'est pas tout à fait un rural.

Dans ses antécédants héréditaires, nous voyons son père amputé par suite d'une tumeur blanche du pied.

Dans ses antécédants personnels, il nous signale une maladie, qui l'a retenu 7 mois au lit ; on parla de pleurésie double et cela représenterait le bacille tuberculeux et irait très bien avec le mal de Pott.

Aujourd'hui ses poumons ne représentent rien d'anormal. Depuis, il a toujours été pâle, anémique, il a présenté dans son testicule gauche une petite masse indurée qui pouvait faire songer également à la tuberculose. Le malade se déshabille : on constate l'exagération des reflexes ; puis en le faisant tenir debout avec l'aide de sa béquille, et explorant le rachis suivant la méthode des chirurgiens, en pressant, point par point, sur les vertèbres, dans les gouttières vertébrales et sur les apophyses transverses, on produit une douleur vive ; que si l'on recherche la mobilité du rachis, on voit, par comparaison avec les mêmes mouvements sollicités d'un sujet sain que les mouvements d'extension et de flexion de la colonne vertébrale, manquent de souplesse, et, que la grande précaution de notre malade est de ne pas remuer ses vertèbres.

Avec sa tuberculose pulmonaire et génitale, son hérédité de tumeur blanche, n'a-t-il pas un mal de Pott ? les traces de pointes de feu dont il est porteur prouvent qu'on y a cru. On s'est lourdement trompé. En effet il ne présente pas de paraplégie, pas de trépidation du pied, pas d'anesthésie des membres inférieurs, rien qu'en travaillant la peau, on provoque une sensibilité exagérée, mais toute superficielle, il fait tous ses efforts pour maintenir la douleur au minimum ; c'est la raison de son attitude.

Le scrotum est également douloureux ; mais non la verge, la sensibilité exagérée du scrotum empêche l'exploration du testicule, la superficialité de cette douleur qu'on rencontre également dans la coxalgie hystérique constitue le signe de Brodie. Le caractère de ces douleurs ne se retrouve que dans certains cas de Tabes immédiatement après les douleurs fulgurantes (plaques hyperesthésiques).

Cet homme à des attaques tous les soirs à six heures. L'épilepsie quand elle se règle se montre la nuit et le matin au réveil. Il est arrivé de casser son lit ; ce n'est pas encore le fait de l'épileptique qui fait son attaque sur place, sans bris ni fracture et même ordinairement sans tomber de son lit ; une seule personne suffit à le garder, tandis qu'il faut 5 hommes pour tenir notre malade.

Avant l'attaque, ses douleurs s'exagèrent, il éprouve une aura : constriction du cou, bruit dans les oreilles, battement dans les tempes. En pressant sur les plaques hyperesthésiques, on provoque une attaque esquissée, cela ne se présente point dans une exploration du mal de Pott, nous avons affaire à des points hystérogènes. Il a un retrécissement énorme du champ visuel.

Si l'on interroge ses antécédents personnels, au point de vue nerveux, on voit que c'est un *amatorius* dont voici brièvement l'histoire.

Il y a deux ans, dans une inondation, ce garçon a sauvé une jeune

filles : des relations tout honnêtes s'en sont suivies, on se rencontrait une demande en mariage est intervenue ; mais il s'agissait de la fille d'un marchand de vin, et notre homme subit un refus ; la jeune fille n'en resta pas moins fidèle ; mais, oubliant volontiers le sauvetage de son enfant, le père, qui désirait avant tout un gendre riche, s'expatria et transporta son commerce à Bordeaux ; c'est dans ces conditions qu'apparurent il y a quatre mois, chez notre malade, des insomnies et des douleurs dorsales, aujourd'hui il a recouvré le sommeil, ce sommeil tout entrecoupé de rêves n'en est pas moins, comme dit Shakespeare " un homme pour son esprit blessé," car contrairement à ce qui se passe chez l'hystérique, dont les rêves sont ordinairement terribles, les siens lui représentent avec une intensité hallucinatoire la scène que voici. On est chez le marchand de vin, salon de 40 couverts, le mariage vient d'être célébré, on est à la fin du repas, musique, lumière, danse, les époux vont rester seuls : mais le rêve s'éteint toujours à ce moment et il n'a jamais été matériellement souillé. Tout se passe ici dans la sphère psychique et rien dans la sphère génito-spinale entre lesquelles s'échangent normalement, des communications fréquentes : c'est l'*hystéria virilis amatoria*.

Il y aurait à rapprocher ce cas d'un autre présenté ici l'année dernière et dont l'observation se trouve dans la semaine médicale du 7 décembre 1887 : ce petit maçon traité longtemps pour un mal de Pott, et qui nous arrivait après trois mois d'immobilisation dans une gouttière de pointes de feu etc., et qui n'était en réalité qu'un cas d'hystérie virile traumatique, dont la première manifestation s'était produite consécutivement à une chute d'un échaffaudage ; il présentait de la testiculie, chez lui les rêves n'étaient point idylliques ; mais lui représentaient toujours sa chute : tombant ! tombant sans cesse, voilà son rêve ; mais hystérie traumatique ou hystéria amatoria c'est toujours la même hystérie et nous répéterons encore qu'il n'y a pas lieu en nosologie de créer autant d'espèces que de causes.

J. L.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

HOTEL-DIEU de Montréal.—Par M. le Dr Hingston

TUMEURS FIBREUSES NASO-PHARYNGIENNES.

NOTES RECUEILLIES PAR J. L. G.

MESSIEURS,

Le cas qui se présente devant nous est une de ces formidables affections qui, non seulement sont supportées péniblement par le patient, mais sont aussi un surcroît d'ennui et d'embarras pour le chirurgien qui veut à tout prix l'en soulager.

Ce jeune homme que vous voyez ici est admirablement doué de force et de santé, en un mot il est plein de vie et malheureusement porteur de cette rare affection naso-pharyngienne.

Une tumeur à caractère solide s'est formée quelque part sur la voie respiratoire. Elle s'est avancée graduellement vers l'extérieur, ce qui nous permet de l'observer attentivement, maintenant qu'elle projette au dehors du nez.

Son passage a fortement dilaté la narine, le nez s'est épaté, ce qui a pour effet de donner à son visage l'expression d'une grenouille (frog face).

D'abondants écoulements s'échappent de la narine et souvent aussi il y a des hémorrhagies.

En ouvrant la bouche, nous apercevons le bord inférieur de la tumeur qui se projette presque un demi-pouce en bas du palais mou.

Le palais mou est tendu, le palais dur est arqué en avant et en bas. La respiration nasale est impossible et la dysphagie se fait considérablement sentir.

Evidemment nous avons affaire à un polype naso-pharyngien de cette forme rare qui appartient à la classe des fibrômes.

En introduisant dans la narine gauche mon petit doigt, bien enduit d'un corps gras, je constate la liberté complète de ses cloisons.

J'introduis maintenant mon index gauche et par son extrémité je me rends compte des adhérences qui paraissent très-étendues et d'une consistance ferme.

En poussant en haut et en avant mon index droit, et en arrière des palais mou et dur, je constate une adhérence, ferme et étendue ; cette

manipulation me prouve que l'insertion de cette tumeur a une étendue égale à l'espace compris entre le bout de mon index gauche dans la narine et l'extrémité de mon index droit dans la bouche.

En présence d'une affection aussi formidable quels sont les moyens d'en effectuer la disparition ?

D'abord où se trouvent situées les insertions de cette excroissance ?

Son premier siège d'implantation, je crois, se trouve sur l'apophyse basilaire de l'os occipital, sur la base du corps de l'atlas et probablement aussi, en avant, sur le corps du sphénoïde.

C'est une tumeur sous-périostée, et, comme d'habitude il arrive dans ces cas, le périoste s'est épaissi.

Les structures ligamenteuses entre ces os rendent plus ou moins inégales ces adhérences.

Je me rappelle avoir réussi à enlever une tumeur de cette nature chez un jeune homme, en incisant à travers le pont du nez jusqu'au côté sous l'aile gauche et à travers la portion centrale de la lèvre, me servant pour cela d'un couteau fort, d'une scie et d'un ciseau. Puis en renversant le nez sur la joue droite, il me fut permis d'avoir un jour suffisant pour examiner le néoplasme, et me servant d'ostéotomes de différentes formes, je pus le détacher.

L'hémorrhagie fut alarmante et au milieu de l'opération, le patient étant sous l'influence du chloroforme et ne pouvant chasser le sang qui remplissait la trachée-artère, la mort me parut tout-à-fait imminente par asphyxie. Je priai quatre d'entre vous, plutôt de vos aînés, de descendre dans cette enceinte et de suspendre le patient par les pieds, et lorsque le sang par son propre poids se porta au cerveau, et après que le baillon lui fut enlevé, alors le patient commença à respirer.

Je continuai l'opération à genoux, car le patient était suspendu par les pieds, la tête appuyée sur le plancher.

Quoique le nez n'entravât pas mon champ d'opération, tout de même, l'ablation de cette tumeur a exigé beaucoup de temps et de fatigues et surtout une grande perte de sang.

La tumeur enlevée et l'hémorrhagie contrôlée, je replaçai le nez dans sa position normale en le maintenant en place par quelques points de sutures avec un fil de soie très fin.

Le patient se rétablit avec succès, à peine porta-t-il des traces de l'opération, encore étaient-elles presque invisibles, si ce n'est à la racine du nez où il y avait une légère dépression, telle qu'en fait une paire de lunettes portée pendant une couple d'heures.

Plusieurs années se sont écoulées depuis et notre opéré continue à jouir d'une parfaite immunité quant à cette affection, et c'est à peine

si l'on s'aperçoit qu'il a subi une opération, les traces en sont si bien effacées.

Cet opéré a été vu par la plupart des membres de la Société Médico-chirurgicale de cette ville.

Quelques années plus tard, j'ai rencontré un cas de même nature chez un jeune homme, (et je vous ferai remarquer, en passant, que presque toujours cette affection se rencontre chez les jeunes gens, rarement chez les femmes,) qui était entré dans cet hôpital.

J'avais l'intention de recourir à la méthode précédente, car cette manière d'opérer m'avait donné beaucoup de satisfaction.

Ce jour-là, j'eus le plaisir de recevoir à l'Hôpital Monsieur Frank Hamilton, de New-York, chirurgien distingué qui, en examinant et la tumeur et mes doigts, me fit cette remarque : " Avec des doigts aussi longs et aussi forts que les vôtres, me dit-il, je pense que vous réussiriez à faire ce que Gross de Philadelphie, a fait déjà : enlever une tumeur analogue par des manipulations digitales. J'invitai ce chirurgien d'en faire l'essai, mais il souffrait alors d'une mauvaise santé, et avec une délicatesse qui le caractérise il remercia, mais voulut bien, par sa présence et ses bons conseils, m'aider pendant tout le temps de cette longue opération qui dura plus de deux heures-

Avec mon index gauche dans la narine et mon index droit dans la bouche je détachai la tumeur par des divisions graduelles de haut en bas et de bas en haut.

Cette dernière méthode est celle que j'ai l'intention d'adopter maintenant. Elle est difficile et très douloureuse pour les doigts. Dans une pareille circonstance je me suis tellement blessé les doigts que je n'ai pas pu m'en servir pendant une quinzaine de jours.

On a suggéré d'employer différents procédés opératoires, comme la résection d'une partie du maxillaire supérieur, la division des deux maxillaires supérieurs, la division du palais mou, la division des piliers des fausses nasales, la division et la résection de la voûte palatine osseuse ; d'autres, comme opérations préliminaires à ces diverses méthodes, ont pratiqué la trachéotomie et ont introduit la canule dans la trachée-artère, et déjà depuis quelques années on se sert d'un nouveau procédé, l'électro-cautère ou l'électrolyse.

Mais ce polype que vous voyez à ses deux extrémités nasales et buccales est trop volumineux, d'une consistance trop ferme, et d'une étendue trop grande en points d'implantations pour pouvoir me servir avec efficacité de cette dernière méthode.

Avant de commencer, je vous dirai ici que ce patient ne se fait pas examiner pour la première fois, il l'a déjà été ailleurs, où l'on a essayé

d'arracher en haut et en bas quelques parties du néoplasme mais vu le volume et la consistance de la tumeur, presque rien n'y paraît.

Nous plaçames alors le patient sur une chaise droite et solide, comme mesure de précaution, on passa en arrière du palais une aiguille muni d'un fort fil attachant la tumeur et qui fut tenu par un des aides.

Un nombre suffisant d'aides s'efforcèrent de le tenir dans une attitude aussi tranquille que possible, alors le Docteur Hingston introduisit son index gauche dans la narine gauche et son index droit en arrière du palais mou, commença à séparer dans tous les sens les adhérences du fibrôme.

Le patient eut assez de courage pour endurer, pendant quelques minutes, ces premières tentatives mais il devint à la suite incontrôlable. Mais du moment que le Docteur Hingston eut introduit son index dans la narine, il ne le retira pas ; il le maintint jusqu'à la fin de l'opération.

En lui adressant des paroles encourageantes et même menaçantes, etc....., et en lui plaçant entre les mâchoires un baillon, il put continuer à travailler.

Ce procédé de décollement par manœuvres digitales se continua jusqu'à la fin de l'opération qui dura à peu près une heure et quarante minutes.

L'hémorragie fut alarmante et ce jeune homme si sanguin nous parut devoir succomber avant la fin de l'opération à cette grande perte de sang.

La syncope eut lieu plus d'une fois, le sang s'échappait par la narine opposée et par la bouche.

Le sang pénétra en grande abondance dans la trachée, mais il fut rejeté aussitôt, une grande quantité fut rendue par les vomissements.

L'opéré ressentit un si grand soulagement qu'on ne put le retenir plus d'un jour à l'hôpital.

Durant les manipulations l'aile gauche du nez céda et se détacha de la joue.

Cette tumeur dont nous donnerons la photographie, était très épaisse, d'une structure cartilagineuse et d'une surface d'implantation très étendue ; après l'ablation, on remarqua une grande quantité de matière osseuse intimement unie au néoplasme, le docteur Hingston croit que ce sont des parties d'os, principalement détachées de la base de l'occiput, certainement de l'os sphénoïde et probablement aussi du corps de l'atlas.

Amblyopie (Scotome central) par abus du tabac et de l'alcool.

Bien peu de poisons sont, chez les peuples civilisés, d'un usage aussi fréquent que l'alcool et la nicotine. Aussi les cas ne manquent pas, sur lesquels on peut étudier les effets de l'intoxication tant aiguë que chronique. Ces deux substances agissent sur le système nerveux en général et notamment sur le nerf optique. Ces troubles résultent de l'abus de ces deux substances et non pas d'un usage modéré.

L'amblyopie par le tabac et l'alcool est loin d'être une affection rare au Canada, car le débit de ces poisons est relativement considérable ce sont les hommes qui sont surtout affectés et cela se comprend, puisque eux surtout fument et boivent.

Le grand nombre de malades sont des buveurs de profession, surtout d'eau-vie ; la bière et le vin produisent moins souvent cette affection. Peut-être que ces gens ne s'enivrent pas tous les jours, mais ils boivent journellement une quantité de petits verres ; ou bien se sont des fumeurs enragés. Les chiqueurs sont rarement atteints, les priseurs jamais, à ce qu'il paraît. Le tabac canadien est un des moins riches en nicotine, car il en contient 3 à 4 pour 100, tandis que d'autres en contiennent jusqu'à 9 ou 10 pour 100.

Les ouvriers travaillant dans le tabac ne sont pas affectés par les émanations du tabac.

Les troubles amenés par l'alcool et le tabac font partie de l'usage clinique, de ces substances. Il y a perte d'appétit, selles irrégulières, constipation alternant avec de la diarrhée. Le tremblotement est connu de tous. Le tabac amène surtout, la perte de la mémoire, palpitations cardiaques et de l'insomnie.

Les malades éprouvent une lassitude générale et un dégoût pour tout travail intellectuel et corporel.

Ces individus insoucians et démoralisés arrivent à la clinique lorsque l'amblyopie est déjà très prononcée. Le trouble visuel apparaît sur les deux yeux symétriquement et on cite peu de cas où l'amblyopie était unilatérale.

Le trouble visuel consiste en un scotome central négatif, embrassant le point de fixation, s'étendant vers le junctum cœcum. A moins d'une complication, surtout avec atrophie, le champ visuel reste normal.

Les malades ne semblent pas se rendre compte de l'existence du scotome et que pour avoir quelque chose ils sont obligés de fixer excentriquement. Le soir les malades voient mieux qu'au grand jour et cela paraît tenir à ce qu'à un faible éclairage, le scotome se fait moins sentir. La perception des couleurs au niveau du scotome est diminuée

et quelques fois abolie (scotome absolu.) La vision est parfois tellement diminuée que les malades comptent à peine les doigts tout pres de l'œil. Au niveau du scotome le vert et le rouge seront confondus avec le blanc. Comme quelques fois le malade à une acuité relativement bonne, il peut arriver des accidents désastreux. Figurez-vous qu'un ingénieur mécanicien de chemin de fer ait un scotome il pourra donc prendre un signal vert ou rouge pour du blanc. La méprise sera d'autant plus inévitable que, contrairement aux daltoniens, ils n'ont pas appris à se défier de leurs impressions chromatiques et à suppléer à celles qui manquent.

L'examen ophtalmoscopique n'est négatif qu'au début de l'affection. Dans la majorité des cas, on pourra observer une décoloration de la moitié temporale de la papille. A l'image droite, il est facile de voir que la papille semble comme voilée et les contours effacés.

Enfin dans les cas extrêmes, de longue durée, on voit se produire une atrophie totale avec amincissement des vaisseaux.

Jusque dans ces dernières années, on ne connaissait aucune altération anatomique pour cette affection. Cette incertitude a cessé depuis les découvertes de Samelsohn (1882) dont les résultats ont été confirmés par les travaux de Nettleship et Vossins. Ces travaux ont montrés que nous avons affaire à une névrite interstitielle chronique. Siégeant au niveau du trou optique. Le tissu conjonctif hypertrophié abolit la conductibilité des fibres nerveuses sans le détruire dès le début. Ainsi s'explique la restitution complète de l'acuité visuelle, observée dans beaucoup de cas. Dès le début les signes ophtalmoscopiques font défaut, vû le siège profond de l'affection, mais quand la névrite est descendue vers l'œil, les signes sont caractéristiques.

L'amblyopie se développe lentement et elle devient gênante qu'après plusieurs mois. Les patients viennent à la clinique, lorsqu'ils sont dans l'impossibilité de lire leur journal. Dans quelques cas il survient une atrophie du nerf optique avec perte complète de la vue.

Le pronostic est favorable aussi longtemps que le champ visuel est normal et le scotome absolu. La restitution complète de la vision s'observe dans les cas récents ; ordinairement on obtiendra une amélioration sensible ou au moins un état stationnaire de l'affection même dans les cas très prononcés.

Traitement.—L'indication principale est de faire cesser complètement l'usage de l'alcool et du tabac. Sans cette précaution, il n'y a aucun espoir d'obtenir une guérison ni même un arrêt de l'affection. Il ne faut pas oublier que chez les alcooliques tous les organes parenchymateux sont le siège d'une seule et même altération, à des degrés

divers d'intensité. Il importe de modifier la nutrition générale et de relever les fonctions digestives qui languissent chez ces malades.

Pendant mon stage à la clinique de M. de Wecker, la première chose que nous faisons ; était d'injecter pendant huit jours de la pilocarpine (2 grammes pour 10 grammes d'eau distillée à la dose de trois gouttes). La pilocarpine a pour action de faire éliminer plutôt l'alcool et de réveiller la sensibilité du nerf. Dans les stades avancés de l'affection, les injections sous-cutanées de nitrate de strychnine à la tempe à la dose de 1 à 2 milligrammes. Il est reconnu que, si au bout de huit jours la médication n'a pas produit d'effet, on la cesse pour l'essayer de nouveaux après un ou deux mois. Quelques auteurs conseillent les émissions sanguines locales répétées, mais ces malades sont tellement animés que je crois préférable ne pas employer ce mode de traitement. Samelsohn conseille fortement d'employer l'iodure de potassium à doses croissantes, allant de 40 à 120 grains par jour et continué pendant des mois. On ne pourrait guère espérer d'amélioration sensible avant deux mois. Les courants continus sont aussi très employés. Contre le tremblement nerveux, les agitations et les insomnies, le bromure de potassium et la paraldéhyde sont d'un fréquent usage. Une amélioration rapide est une exception et souvent on est heureux d'obtenir un état stationnaire.

DR. CHRÉTIEN-ZAUGG.

Montréal.

MEDECINE PRATIQUE

Traitement antiseptique de la fièvre typhoïde.

Par M. le professeur BOUCHARD.

La méthode du professeur Bouchard est une méthode mixte où se trouvent appliquées dans des limites inoffensives l'antithermie et l'antiseptie générale.

L'antiseptie générale est obtenue par les préparations hydrargyriques. —Au début de la fièvre seulement, pendant quatre jours, le malade prend vingt pilules de $\frac{1}{3}$ de grain de calomel par jour.

La balnéothérapie est dirigée de la façon suivante :

Aussitôt que la température rectale dépasse 40° commencer les bains froids qui seront de 2 degrés inférieurs à cette température.—Toutes les dix minutes abaisser la température du bain jusqu'à ce qu'elle arrive à 30°.—Le nombre de bains est de huit en vingt-quatre heures.

Ces bains doivent maintenir le corps à une température de 37° à 37°5.

Si ces bains n'abaissent pas suffisamment la température, employer le sulfate de quinine, excellent microbicide d'après les expériences de Chantemesse et Widal.

La dose au début doit aller jusqu'à $\frac{1}{2}$ drachme en vingt-quatre heures. On ira en diminuant cette dose, jusqu'à ce qu'on ait obtenu 37° matin et 38° soir.

Quand à l'antisepsie intestinale, M. Bouchard préconise avant tout le naphthol A, dont le pouvoir antiseptique s'exerce plus spécialement sur les diastases ou leucomaïnes, produits d'excrétions microbiennes, et dont la toxicité est tout à fait nulle, même à $1\frac{1}{2}$ drachme par jour.

M. Bouchard formule ainsi :

Naphthol.....	}	ââ 75 grains.
Salicylate de bismuth.....		

Diviser en dix paquets qu'on prendra toutes les heures.

Les résultats de ce traitement mixte sont des plus satisfaisants. Il répond à toutes les indications.—(*La Tribune Médicale.*)

Hygiène alimentaire du diabétique.

PAR M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

Le malade suivra rigoureusement l'hygiène alimentaire suivante : repousser de l'alimentation les féculents et les sucres, se nourrir d'œufs, de viandes de toutes sortes, de volailles, de gibier, de mollusques, de crustacés, de poissons, de fromages. Tous les légumes verts sont permis, sauf les betteraves, les carottes et les navets. Insister sur les aliments gras : sardines à l'huile, hareng saur à l'huile, lard, beurre, graisse d'oie, rillettes, gras de jambon, charcuterie, choucroute garnie, caviar.

Comme potages, prendre surtout des scupes aux choux, du bouillon aux œufs pochés et de la soupe à l'oignon. Tous ces potages doivent être pris sans pain et sans pâtes alimentaires.

Pour le pain, prendre du pain de soja ou $3\frac{1}{2}$ onces de pommes de terre cuites à l'eau.

Pour sucrer les boissons, user de pastilles de saccharine.

Sont défendus : tous les féculents, les pâtes alimentaires, le pain, les panades, les nouilles, les macaronis, les pâtisseries, le sucre, les mets sucrés, le chocolat.

Le lait est interdit, à moins d'être pris en très petite quantité. Tous les fruits sont défendus. Tous les mets sucrés (crèmes, confitures) sont interdits.

Ou devra défendre les sauces au roux et les fritures à la farine.

Comme boissons, prendre de l'eau de Vichy coupée avec du vin. Pas de liqueurs.

Comme traitement pharmaceutique, donner aux diabètes d'origine arthritique la médication lithinée et arsénicale de Martineau (20 centigrammes de carbonate de lithine et 2 à 5 mill. d'arséniat de soude dans une eau gazeuse), et au diabète d'origine nerveuse, en particulier dans les diabètes avec polyurie très abondants, administrer 1 à 2 gr. d'antipyrine dans un verre d'eau de Vichy saccharinée et aromatisée avec du rhum ou du kirsch. (*Bull. de thérap. méd. chirurg.*, mars 1889.)
(*La Tribune Médicale.*)

Traitement de la Chorée.—(VEILLARD.)

La chorée présente une double particularité :

1^o Elle résiste à peu près à toutes les médications pendant sept à dix semaines environ ;

2^o Au bout de ce temps elle guérit toujours spontanément.

Comme dans toutes les maladies où la médecine est impuissante, il y a abondance de remèdes ; les plus généralement employés sont : les bromures de potassium, de sodium, d'ammonium, l'arsenic (liqueur de Fowler, arséniat de soude, etc.), le chloral, le chloroforme, le tartre stibié, la strychnine, les bains sulfureux.

Wollner a le premier attiré l'attention sur les bons effets de l'antipyrine dans la chorée ; on peut prescrire ce médicament à la dose de 5 grains (8 ans), 10 grains (10 ans) à 1 gramme (16 ans), répétée trois fois dans les 24 heures.

Pour la simplicité de l'étude, je diviserai les chorées en chorées bénignes, chorées de moyenne intensité et chorées graves.

Dans tous les cas, on se rappellera les rapports qui existent entre le rhumatisme et la chorée, et l'on cherchera si l'état général ou l'état du cœur ne contre-indique pas formellement l'emploi de certaines médications (hydrothérapie, hydrate de chloral, etc.)

1^o *Chorée bénigne.* Les médicaments sont inutiles ; prescrire quelques bains sulfureux. Gymnastique méthodique ; entretenir autant que possible un bon état général ; éviter les aliments excitants.

2^o *Chorée plus intense.* Donner quelques calmants : tisane de valériane, de feuilles d'oranger ; emploi de l'oxyde de zinc, des bromures, du chloral, des préparations opiacées, de l'hyoscyamine.

En même temps tonifier le malade : quinquina, gentiane, houblon, quassia. Au moment des repas : fer, arsenic, noix vomique ou strychnine.

Tous les jours un bain sulfureux ; un grand bain tiède si le malade est très agité ; les douleurs tempérées peuvent rendre des services.

3^o *Chorée grave.* Maintenir le malade dans un lit matelassé.

Prescrire des pulvérisations d'éther ou des ventouses sèches en grand nombre sur la colonne vertébrale.

Inhalations de chloroforme, hydrate de chloral à hautes doses en potion ou en lavement, tartre stibié pour entretenir un état nauséux continu, musc. Grands bains tièdes prolongés.

Médication par le tartre stibié. Cette médication est plus nuisible qu'utile dans les cas de chorée bénigne ou d'intensité moyenne ; elle a en effet l'inconvénient de causer chez le malade une prostration considérable du système nerveux ; aussi faut-il la réserver pour les cas graves où l'agitation du malade est telle qu'elle constitue un danger immédiat en provoquant des excoriations et des blessures plus sérieuses ; si les autres moyens ont échoué, on prescrira le tartre stibié en le donnant aux doses fixées par Gillette.

—Tartre stibié 4 grains dans 5 onces d'eau : par cuillerée à soupe d'heure en heure ; s'il y a diarrhée ou vomissement, on éloigne les doses ; deuxième jour, 8 grains ; troisième jour, 12 grains.

Puis on laisse reposer l'enfant pendant trois ou quatre jours, et l'on recommence une nouvelle série de traitement pendant trois jours avec 5 grains le premier jour, 10 grains le second, et 12 le troisième ; on attend encore deux ou quatre jours, et l'on recommence en portant les doses à 5, 10, 15 grains.

Médication par l'hydrate de chloral. M Bouchut prescrit l'hydrate de chloral à la dose de 45 grains par jour, et pendant le sommeil qu'il provoque ainsi, aucun mouvement choréique ne se produit. L'auteur affirme que quand on emploie de l'hydrate de chloral bien préparé, on peut en administrer aux enfants de douze à quinze ans des doses de $\frac{1}{2}$ à 1 drachme, répétées pendant 10 et quinze jours de suite, sans qu'il se produisent aucun effet fâcheux.

Enfin, on emploie les *Pilules de Mèglin* à la dose de 1 à 4 par jour, suivant l'âge de l'enfant et sa tolérance pour la jusquiame.

Voici une autre forme de *Pilules contre la chorée.*

Extrait de jusquiame.....	$\frac{1}{2}$ drachme
Valérianate de fer	1 drachme

F. s. a. 40 pilules.

Chaque pilule renferme 1 grain d'extrait de jusquiame et 2 grains de valérianate de fer ; une à trois par jour.

Le Liniment de Rosen (du Codex) Chrestien (de Montpellier) dit l'avoir prescrit avec beaucoup de succès dans la chorée ; en frictions-

sur la colonne vertébrale, trois fois par jour, à la dose d'une cuillerée à café.—(*Journal de Médecine de Paris.*)

L'antipyrine en obstétrique.

Un certain nombre d'auteurs ayant publié des observations dans lesquelles ils disaient avoir eu de bons résultats avec l'antipyrine. MM. Auvard et Lefebvre résolurent de l'essayer dans un certain nombre de cas. Ils se servirent d'une solution d'antipyrine pour injections hypodermiques ainsi formulée :

Antipyrine	2 drachmes.
Chlorhydrate de cocaïne.....	2 grains.
Eau.....	5 drachmes.

Dans 10 cas les injections d'antipyrine ne répondirent pas à leur attente et de leurs observations les auteurs tirent les conclusions suivantes :

“ 1^o Chez certaines femmes particulièrement impressionnables, l'administration de l'antipyrine, pendant le travail, semble produire un soulagement réel, mais le plus souvent léger, dû soit à l'action propre du médicament, soit plutôt à l'influence morale et suggestive de l'injection hypodermique ; 2^o Dans la majorité des cas, l'action de l'antipyrine est nulle. 3^o Donc, sans nier les bons résultats qu'on peut exceptionnellement obtenir à l'aide de ce médicament, son heureuse influence sur les douleurs de l'accouchement doit être considérée comme très inconstante, et on ne peut, en aucune façon, le mettre en parallèle avec le chloral ou le chloroforme à dose obstétricale dont la puissance anesthésique est aujourd'hui inconstable.”

(*Revue Médico-Chirurgicale des Maladies des Femmes.*)

Pansement du chancre du col utérin.—De Sinéty.

Dans ce cas le chancre simple du col utérin, on introduit dans la cavité cervicale, des tampons recouverts de poudre de tan ou d'oxyde de zinc.—S'il existe de la tendance au phagédénisme, on obtient de bons résultats des lavages à l'eau oxygénée, suivis de pansement de la poudre d'iodoforme. Dans le but de diminuer l'odeur désagréable de l'iodoforme, on y ajoute du café pulvérisé, dans la proportion de vingt pour cent.—N. G., *Union Médicale de Paris.*

I. L'hyoscine comme narcotique dans les maladies nerveuses.—(Jolly.)

Les avantages les plus importants de l'hyoscine prise à l'intérieur consistent en ce qu'elle est facilement soluble et tout à fait sans

saveur. On l'administre tantôt dans de l'eau, tantôt dans du bouillon ou du lait. A l'hôpital on prépare le médicament en mettant directement dans le véhicule correspondant (lait, bouillon, eau,) 1 à 2 seringues de Pravaz d'une solution à 1 pour 1,000 (1-50 de grain le matin, 1-25 de grain le soir). Ce mode de préparer la solution n'est pas pratique dans la clientèle privée. Il n'est pas non plus recommandable de la prescrire sous forme de pilules, le dosage dans des pilules n'étant jamais rigoureusement exact. Il est préférable de la prescrire en solution, de manière qu'une cuillerée à bouche contienne 1-50 à 1-25 de grain d'hyoscine; on peut se servir de la formule suivante :

Chlorhydrate d'hyoscine	1-50 à 1-25 de grain.
Eau distillée.....	5 onces.

M. S. A.—A prendre tous les soirs une cuillerée à café jusqu'à une cuillerée à bouche.

Dans la plupart des cas, l'action de l'hyoscine sur les malades excités est supérieure à celle des narcotiques proprement dits; de plus, elle exerce assez souvent un effet calmant durable. Au contraire, chez les malades calmes qui souffrent d'insomnies il faut préférer le chloral, l'hydrate d'amylène, le sulfonal ou la paralaldéhyde; leur seul inconvénient est que tous ils ont une saveur plus ou moins désagréable. L'injection sous cutanée de $\frac{1}{6}$ à $\frac{1}{2}$ grain de méthylal est toujours inférieure par son action sur le délire alcoolique que l'hyoscine prise par la bouche. De plus, il ne faut pas oublier que les injections de méthylal sont extrêmement douloureuses et qu'elles sont assez fréquemment suivies d'abcès.

L'auteur rapporte ensuite les résultats de l'emploi de l'hyoscine dans quelques maladies nerveuses. Dans un cas de crampe des écrivains, on a obtenu une amélioration très notable par l'administration, pendant des mois entiers, de l'hyoscine en solution ou en pilules. D'autre part, dans un cas de crampes musculaires extrêmement douloureuses, l'hyoscine est restée non seulement sans effet, mais, même à petites doses, elle fut accompagnée de troubles de la digestion. Dans un cas de myélite par compression avec paraplégie consécutive et crampes musculaires involontaires et très douloureuses dans les extrémités paralysées, on a obtenu, par l'administration de $\frac{1}{6}$ grain d'hyoscine, une diminution notable de l'intensité de ces crampes; en même temps le sommeil a été beaucoup plus calme qu'après $\frac{1}{2}$ grain de morphine et $\frac{1}{2}$ drachme de sulfonal. Le résultat a été médiocre dans un cas d'asthme nerveux. Au contraire, l'hyoscine améliora rapidement deux cas de tremblement et de sueur alcooliques. Dans un cas

de chorée chronique rebelle à tous les autres médicaments, l'hyoscine à son tour n'a pas été plus efficace. L'hyoscine a eu une influence très favorable sur 5 cas de tremblement intentionnel de la sclérose en plaque (dans trois cas l'amélioration n'a été que passagère, tandis qu'elle fut durable dans les deux autres cas.)

Dans ces cas aussi, l'hyoscine fut administrée par la bouche sous forme de pilules à 1-25 de grain (à prendre 2 à 4 pilules par jour) ou en solution au mêmes doses.

En s'appuyant sur ces expériences, l'auteur émet l'opinion que l'hyoscine donne plus souvent naissance à des effets secondaires fâcheux chez les nerveux que chez les sujets affectés de maladies mentales. (*Centralbt. †. gsmnte Ther.*, mars 1889, p. 156-160 et *Nouveaux Remèdes*).—(*Journal de médecine de Paris*.)

Alopécie syphilitique.—E. BESNIER

L'alopécie syphilitique procède par taches innombrables qui lui donnent un caractère tout particulier et ne permettent guère de la confondre avec la pelade.

Cette alopécie, qui évolue avec les premières périodes de la syphilis, n'est jamais définitive, sauf dans certaines conditions exceptionnelles, comme par exemple la prédisposition héréditaire à la calvitie. Il est donc utile néanmoins de la traiter surtout quand elle prend une grande extension.

Chez les hommes, les cheveux doivent être coupés ras, le cuir chevelu savonné chaque matin à l'eau chaude et des onctions faites avec la pommade.

Acide salicylique.....	½ drachme.
Soufre précipité.....	2½ drachmes.
Lanoline.....	} ââ	1½ once.
Vaseline.....		

On fera aussi le soir, avec une brosse douce, quelques frictions avec le liniment suivant :

Alcoolat de romarin.....	3 onces.
Teinture de cantharides.....	2½ drachmes.

Ou : Acide salicylique..... 15 grains.

Si les cheveux sont gras, et n'ont pas besoin de pommades, on peut les rendre plus secs avec la poudre suivante qu'on applique le soir :

Acide salicylique.....	15 grains.
Amidon.....	3 onces.

Lorsque les cheveux ne sont pas coupés préalablement, ce qui

arrive ordinairement chez les femmes, les effets du traitement sont beaucoup plus longs à se manifester.—(*La Pratique Médicale.*)

Traitement de la coqueluche par l'antipyrine.

Dans une nouvelle communication sur ce sujet, M. Dubousquet de Laborderie donne les conclusions suivantes :

1^o Les enfants supportent bien cette médication, sauf de rares exceptions. Elle n'est pas dangereuse, facile à administrer et à surveiller :

2^o Le spasme est rapidement calmé et la période de déclin se prononce en quelques jours ;

3^o Par sa rapidité d'action et son innocuité, l'antipyrine me paraît un précieux médicament, en enrayant une maladie trop fertile en complications des que sa durée et son intensité s'accroissent ;

4^o Il faut surveiller avec soin la provenance du médicament, et au besoin le faire rectifier en le soumettant à une nouvelle cristallisation ;

5^o Il faut débiter par de fortes doses qu'on maintiendra, augmentera ou diminuera suivant les indications.—(*La Pratique Médicale.*)

Perchlorure de fer dans la maladie de Bright.

Le docteur Wyss a employé la teinture éthérée de perchlorure de fer, aux doses de 10 gouttes à prendre trois fois par jour. Il rapporte un grand nombre de cas traités de cette manière ; dans plus de la moitié, l'albuminurie disparut rapidement et complètement.—(*Förstchr. N.-Y. méd. Rec.*)—(*Le Courrier Médical.*)

La lactose.

La discussion inaugurée par M. Worms au sujet du diabète a pris fin, aucun des orateurs précédemment inscrits n'ayant cru devoir prolonger un débat dont la continuation ne pouvait qu'accroître les divergences d'opinion révélées par leurs précédents discours. Dans la séance de mardi, M. G. Sée est venu avec son entrain habituel, entretenir l'Académie d'un autre sujet, l'action diurétique de la lactose ou sucre de lait. La lactose, qui fait partie de la composition normale du lait où elle se trouve dans la proportion de 50 p. 1000, est, parmi les principes constituants de ce liquide, le seul auquel on doive attribuer l'action diurétique qui lui est propre ; ni l'albumine, ni la caséine, ni les sels, ni l'eau, ne peuvent rien revendiquer de cette action. Partant de cette donnée, M. G. Sée a cru devoir appliquer l'emploi isolé de la lactose au traitement des différentes variétés d'hydropisies et particu-

lièrement à celui des épanchements *cellulaires* ou séreux liés à l'évolution des maladies du cœur, dans la période d'asystolie.

Le résultat a été immédiat et remarquable dans la plupart des cas. M. G. Sée cite à l'appui un certain nombre de faits où la diurèse, maintenue jusque là dans des limites insuffisantes, de un litre et demi à deux litres par jour, en dépit de l'emploi successif des médicaments cardiaques " digitale, strophantus, caféine " a pu remonter rapidement jusqu'à quatre et même cinq litres, amenant ainsi une diminution rapide des hydropisies.

Quel est le mécanisme de cette propriété remarquable de la lactose ? On pourrait à la rigueur se contenter de la constatation du fait et faire bon marché de l'explication. Mais M. G. Sée qui n'aime pas l'empirisme et qui tient à marcher avec le fil conducteur d'une théorie préalable, a dû chercher une hypothèse applicable au cas particulier. Il estime donc que la lactose n'est ni un endosmotique, ni un modificateur de la tension vasculaire, mais qu'elle agit directement sur le rein. Il lui a reconnu, en outre, un avantage précieux, c'est d'épargner au malade les pertes d'urée et l'inanition qui suivent la cure lactée prolongée et de permettre l'alimentation carnée, seule capable de restaurer les forces d'un organisme épuisé par une lutte prolongée.

Peut-on prévoir l'avenir réservé à ce nouveau médicament, à la vulgarisation duquel le retentissement de la tribune académique fournira un puissant appoint ? Sans pouvoir répondre à cette question, nous ferons remarquer seulement que, parmi les acquisitions dont s'est enrichi depuis quelques années l'arsenal thérapeutique, un petit nombre seulement a résisté d'une manière durable au contrôle de l'expérience.

(*Gazette Médicale de Paris.*)

L'endométrite.

M. Dumonpallier a fait connaître à l'Académie le résultat de ses recherches concernant la nature et le traitement de l'endométrite : s'appuyant sur cette donnée précise que dans l'endométrite, l'inflammation dépasse le revêtement épithélial de la cavité utérine et qu'elle entraîne des lésions de vaisseaux et des glandes, il a cherché dans l'emploi de cautérisations énergiques le moyen d'amener une modification radicale de la muqueuse altérée. Une série de tâtonnements dans ce but lui a permis de fixer son choix sur le chlorure de zinc qui, introduits sous forme de crayons dans la cavité utérine et laissés en place plusieurs heures, amène une véritable mortification de la couche superficielle de la muqueuse. L'escarre produite s'élimine spontanément des jours suivants, laissant derrière elle une surface en voie de répara-

tion, au niveau de laquelle les éléments sécréteurs, vaisseaux et glandes, ont disparu. Inutile d'ajouter qu'une antiseptic minutieuse et de rigueur aussi bien avant l'opération et comme moyen de préparation à celle-ci, que dans les jours qui suivent l'élimination de la membrane mortifiée.

Les résultats de cette méthode paraissent assez favorables pour lui servir de justification. En tous cas, ils sont propres à démentir une fois de plus le vieux précepte du "noli me tangere" appliqué au traitement des affections utérines. On peut y voir aussi un nouvel argument en faveur de l'antiseptic qui rend possibles et inoffensives des opérations considérées autrefois comme particulièrement dangereuses, qui fait plus encore, qui en assure le succès. (*Gaz. Méd. de Paris.*)

Traitement électrique des fibromes utérins.

A la Société de Chirurgie, séance du 5 juin, M. Lucas Championnière parle comme suit du traitement électrique des fibromes utérins.

Depuis quelques années, on s'est beaucoup occupé du traitement des corps fibreux par l'électricité. Pour certains chirurgiens, cette méthode thérapeutique, présentée par eux comme une panacée, comme un traitement radical, serait applicable à tous les corps fibreux, qui disparaîtraient comme par enchantement, pourvu qu'on atteigne de très hautes intensités, 150 à 200 milliampères, et cela sans faire courir aucun danger ; toute opération deviendrait inutile et, avec l'électricité, ainsi que le soutenaient récemment MM. Keith (d'Edimbourg), la guérison serait certaine. D'autres chirurgiens n'ayant pas observé ces succès extraordinaires et cette innocuité absolue ont cru bon de ne pas abandonner les interventions chirurgicales, dans les cas où les traitements médicaux échouent. Persuadé, tout en faisant la part des exagérations, que cette méthode thérapeutique peu dangereuse paraît agir plus efficacement, dans certains cas, qu'aucune des autres méthodes médicales, nous avons entrepris, depuis le mois de novembre, M. Danion et moi, une série d'expériences pour rechercher les conditions de cette efficacité, et bien que nous soyons encore au début de ces expériences, les bons résultats que nous avons déjà obtenus, nous ont paru dignes de vous être communiqués dès maintenant.

Adoptant en principe que l'opération est la seule intervention qui mérite la dénomination de radicale, nous estimons que l'ablation des ovaires est indiquée toutes les fois que, chez une jeune femme, un corps fibreux donne lieu à des accidents sérieux, douleurs, hémorragies, etc... Si la tumeur est très grosse, c'est à l'hystérectomie ou à l'ablation des ovaires qu'il faut s'adresser, suivant les circons-

tances qui se présentent. Mais, en dehors de ces conditions, il est des cas où une autre intervention est applicable ; c'est ainsi que nous jugeons l'électricité indiquée chez les femmes, dont l'âge est voisin de celui de la ménopause, chez celles qui offrent des accidents de médiocre intensité, sans augmentation notable du volume des tumeurs, chez celles enfin qui sont inoperables. Sept fois nous avons mis ce traitement en pratique et, dans chacun de ces cas, les résultats ont été bons et datent déjà de 4 et 5 mois pour deux d'entre elles. Ces résultats peuvent être considérés à différents points de vue : Résultats obtenus relativement aux symptômes ; résultats obtenus relativement au volume ; modes des soins donnés ; avantage et inconvénient des intensités électriques diverses ; valeur de la méthode au point de vue de la cure radicale.

Au point de vue symptomatique il est à noter que les *métrorrhagies* disparaissent très rapidement et qu'en peu de temps l'état général s'améliore ; c'est ce que l'on voit non seulement chez les femmes atteintes d'hémorrhagies vraies, mais encore chez celles qui ont des ménorrhagies et chez lesquelles les règles se régularisent avec diminution de la douleur.

La *douleur* ressentie dans la marche, dans la station debout disparaît aussi promptement ; c'est un des résultats les plus constants, ainsi que le témoignent toutes nos observations.

Le *sentiment de pesanteur* est toujours notablement modifié, et au bout de trois ou quatre séances, la marche devient bien plus facile. Notons en même temps une diminution rapide du volume de la tumeur, la suppression de l'écoulement, l'écoulement liquide intermenstruel, et une amélioration considérable de l'état général. Toutes ces modifications sont survenues rapidement chez toutes nos malades.

Quant au *volume* de la tumeur, on remarque qu'il diminue très vite et que cette diminution, qui ne doit pas faire admettre une disparition réelle du fibrome, est due à la décongestion de la tumeur à la décongestion des parties périphériques, à l'affaissement des intestins et peut-être aussi à la disparition d'exsudats inflammatoires périphériques. Mais nous devons ajouter que cette diminution de volume, bien constatée par l'effacement des bosselures et la perception nette du col utérin, ne se maintient pas si le traitement est suspendu, et bientôt l'on voit le fibrome tendre à reprendre son volume primitif.

Aussi, nous regardons comme une exagération de soutenir que l'on obtient une disparition complète de la tumeur, ce dont il est d'ailleurs facile de se rendre compte, en ne perdant pas de vue la structure des fibromes.

Le mode, suivant lequel nous avons appliqué l'électricité est le sui-

vant : Comme excitateur utérin, nous nous sommes servi d'olives ou d'index en platine portés sur une tige isolée et malléable pour pouvoir lui donner la courbure nécessaire.

Comme électrode, l'électrode en étain recouverte d'amadou et de peau de chamois ou un gâteau de terre glaise, doivent être préférés ; il est nécessaire que les galvanomètres soient milliampérés jusqu'à 80 ou 100 divisions et qu'ils soient précis. Dans nos expériences, les indemnités n'ont jamais dépassé 60 m. a. oscillant entre 45 et 55 ; la durée des séances a varié entre 4 et 10 minutes, et l'excellence de nos résultats prouve qu'il est inutile d'atteindre 150 et 200 m. a., ce qui peut donner lieu à des effets fâcheux. Peut-être pourtant y a-t-il des cas où il sera nécessaire d'arriver jusqu'à 90 m. a. Notre mode de traitement a été absolument inoffensif, puisqu'il a été possible de soigner les malades à la salle de consultation, d'où elle regagnaient ensuite facilement leur domicile.

J'insiste encore sur une pratique importante, constituant une véritable nouvelle méthode de traitement ; c'est sur le renversement des pôles, dont les effets sont immédiats.

Relativement à la valeur de cette méthode thérapeutique, au point de vue de la cure radicale, on doit remarquer que son grand mérite est d'atténuer les symptômes. Le résultat n'est, du reste, obtenu que progressivement ; aussi, est-il nécessaire de prolonger le traitement qui est fastidieux et exige beaucoup de patience de part et d'autre ; il ne doit être interrompu que momentanément, sous peine de voir la tumeur reparaître avec ses accidents.

Quant à ses résultats, il est aisé de s'en rendre compte, si l'on veut bien considérer les résultats extraordinaires de l'involution utérine après l'accouchement ou l'action des eaux chlorurées. Le cas où l'influence de l'électricité peut vraiment être radicale, c'est celui où les sujets ne sont pas très éloignés de la ménopause ; c'est alors que l'on peut espérer le retrait définitif de la tumeur. Nous pensons donc qu'en combinant ce traitement avec l'emploi des eaux chlorurées, on obtiendra les résultats les plus remarquables. En résumé, quoique nos recherches soient récentes, nous croyons pouvoir en conclure qu'on aurait tort de négliger cette méthode de traitement, alors que la chirurgie est impuissante ou insuffisante. Avec des intensités électriques modérées, qui ne sont nullement dangereuses, on peut obtenir des guérisons symptomatiques satisfaisantes et peut-être des guérisons définitives dans certaines conditions favorables ; en cas d'échec, il est toujours temps de discuter l'intervention chirurgicale. (Suivent les 7 observations).

(*Le Bulletin Médical.*)

FORMULAIRE THERAPEUTIQUE

Formules contre l'incontinence d'urine chez les enfants. — (DESCROIZILLES.)

Sulfate de strychnine.....	1 grain
Sirop de sucre	3 onces
Eau	1 drachme

à donner par cuillerées à café, de 1 à 20 par jour.

Strychnine	1 grain
Conserves de roses rouges.....	½ drachme

divisez en 20 pilules.

En prendre de 1 à 4 par jour.

Seigle ergoté.....	½ drachme
--------------------	-----------

divisez en 10 prises.

1 à 3 prises par jour dans du pain azyme.

Ergotine.....	½ drachme
Poudre de réglise.....	} ââ q. s.
Sirop de sucre.....	

divisez en 20 pilules, de 2 à 5 par jour.

Ecorce en feuilles de rhus aromaticus toxicodendron	6 onces
Alcool à 800.....	24 onces

Préparez par déplacement. On obtiendra ainsi une teinture, dont on fera prendre de 10 à 60 gouttes par jour.—(*Bulletin Médical.*)

Tisane diurétique.

Baies de genièvre concassées.....	2½ drachmes.
Acétate de potasse.....	15 grains.
Vin blanc.....	1½ once.
Sirop des cinq racines.....	2 onces.
Eau bouillante.....	1 pinte.

F. s. a. une tisane à prendre froide, par tasses, dans les diverses formes d'hydropisie, et toutes les fois qu'on désire activer la fonction urinaire.—(N. G. *Union Médicale*, Paris.)

Solution contre l'angine diphthérique.—(E. GAUCHER.)

Acide phénique.....	55	grains.
Camphre	5	drachmes.
Alcool à 36°	2½	drachmes.
Huile d'amandes douces.....	2	drachmes.

F. s. a. On enlève les fausses membranes avec un pinceau de blaireau ; puis, matin et soir, on cautérise les régions malades avec la solution ci-dessus.—Dans l'intervalle, on fait toutes les deux heures, dans la gorge, d'abondantes irrigations avec de l'eau phéniquée au centième. Afin d'atténuer les douleurs de la cautérisation, on la fait précéder de pulvérisations cocaïnées. Du reste, on varie les proportions d'acide phénique et de camphre, suivant la gravité de l'angine, et suivant la susceptibilité du malade.—Ce traitement appliqué dès le début de l'angine, prévient le plus souvent l'infection générale.—N. G. —*Union Médicale de Paris.*

Traitement du prurit anal et vulvaire.

R. Hypophosphite de soude.....	½	once.
Acide carbonique.....	½	drachme.
Glycérine pure.....	2	drachmes.
Eau distillée.....	2	onces.
M. S., employer en lotions.		

Poudre contre le tympanisme et la constipation.

Naphtol.....	}	ââ
Magnésie carbonatée.....		
Poudre de charbon de peuplier		
Essence de menthe ou d'anis.....		11 gouttes.

Faire quinze cachets ; un au commencement de chaque repas.—*Gazette de Gynecologie.*

Traitement de la diphthérie par la quinoline.1° *Gargarismes.*

Quinoline	10	grains.
Alcool à 90°	1	once.
Eau distillée bouillie.....	8½	onces.
Essence de menthe.....	1	goutte.

2° *Topique pour badigeonnages :*

Quinoline	15	grains.
Alcool à 90°.....	}	ââ 6 drachmes.
Eau distillée.....		

Profils de Médecins

DR LE DENTU.

C'est "professeur" et non docteur que je voudrais pouvoir écrire en tête de cet article, auprès du nom de M. Le Dentu ; car je ne connais pas, parmi nos agrégés de chirurgie, d'esprit plus distingué, d'homme plus délicat, de jeune maître plus sympathique, ni plus digne par son talent, d'occuper la première place. Je suis sûr, en parlant de la sorte, d'avoir l'approbation de tous, même de ces compétiteurs, et de blesser seulement l'extrême modestie de celui dont je fais l'éloge.

On se juge sévèrement entre confrères, et les savants, au moins autant que les artistes, se plaisent d'ordinaire à mettre en relief le côté faible du caractère de leurs rivaux en renommée. Les chirurgiens sont particulièrement habiles à ce jeu. On dit d'un tel qu'il aime trop l'argent, de tel autre qu'il opère mal, de celui-ci qu'il est uniquement théoricien, de celui là qu'il est trop vaniteux, trop amoureux de la réclame, ou trop désagréable à vivre. Je n'ai trouvé personne pour déprécier le docteur Le Dentu, et les plus froids à son égard ne trouvent qu'un reproche à lui faire, celui de ne pas se mettre assez en avant et de ne pas attirer l'attention.

* * *

Sa figure est à la fois charmante et aussi peu banale que possible. Né à la Martinique, il est très brun, très grisonnant, avec des cheveux et la barbe qui frisottent, presque crépus ; de l'ensemble des traits, des lèvres un peu grosses, des yeux noirs et profonds, une impression se dégage d'intelligence vive et de douceur exquise. Il est fréquent qu'une physionomie bonne ait l'air un peu... bête, et la finesse s'allie souvent à un peu de dureté sarcastique. Rien de pareil chez M. Le Dentu : sa figure est en même temps intéressante par l'intelligence dont elle est pétrie, et presque touchante par la bonté dont elle rayonne. Il est avec cela de taille ordinaire, assez trapu, avec l'embonpoint léger dont la quarantaine se pare volontiers. Assez coquet et très distingué de manières, il dissimule dans sa démarche une tendance de la poitrine à s'incliner du côté droit, tendance qui lui vient d'une longue maladie qui a donné des craintes un moment, qui certainement a retardé l'éclosion de sa fortune scientifique, et qui, Dieu merci, n'a laissé d'autres traces que cette insignifiante déformation.

Mais tout le charme de sa personne ne suffirait point à lui valoir d'aussi unanimes éloges, si le docteur Le Dentu n'était en même temps un des esprits supérieurs de notre monde médical. Fait extraordinaire dans les annales du concours, il était à vingt-six ans agrégé à la Fa-

culté ; un peu plus tard, en 1872, il était, après de très remarquables épreuves, nommé chirurgien des hôpitaux. C'est à Saint-Louis qu'il est chef de service. Là, trois fois par semaine, il opère et professe, avec la préoccupation constante de bien faire et de donner aux très nombreux élèves qui suivent son enseignement le bon exemple.

Il parle avec facilité, avec méthode, avec une grâce simple et charmante ; ennemi de l'inutile rhétorique et des effets d'érudition facile, il dit d'une voix claire, douce, un peu lente, d'excellentes choses toujours pratiques et profitables ; convaincu des graves responsabilités qu'assume le chirurgien moderne, il s'applique à bien inculquer aux élèves des principes opératoires où se révèlent sa prudence, sa sagesse, son peu de goût pour l'aventure hasardée, sa hardiesse raisonnée, car il n'est point timide, ni timoré, avec cela. Les opérations les plus hardies, les plus récemment tentées, il les fait aussi énergiquement et habilement que quiconque ; mais il les fait toujours à bon escient, après mûre réflexion, et lorsque sa conscience, qui est infiniment délicate et scrupuleuse, l'y autorise pleinement. Ce sont là des qualités rares et précieuses de nos jours.

*
* * *

Ceux qui lui font le reproche peu grave de ne pas oser assez en tant qu'opérateur, disent encore qu'il ne publie pas, à leur gré, un assez grand nombre de travaux. Il a pourtant, derrière lui, une œuvre déjà considérable, l'anatomie du système veineux, un volume de Voillemier, un récent et très bon traité des maladies chirurgicales du rein. Pourtant, il faut bien l'avouer, sa modestie et la crainte qu'il a de parler peur ne rien dire le poussent à ne publier que les faits dont il est bien sûr, après les avoir soumis à un contrôle rigoureux. A ce système, qui, soit dit en passant, devrait être celui d'un grand nombre de ses confrères, il gagnera de n'avoir jamais signé que de très bonnes choses que le temps ne détruira pas, et qui demeureront à tout jamais des vérités. Il écrit bien, d'ailleurs, très clairement, et d'un style ma foi très distingué ; il est fier d'avoir eu jadis, au concours général, un prix de discours français.

Peut-être mérite-t-il davantage cette critique d'être de caractère un peu trop conciliant et de ne pas assez défendre ses élèves dans les concours où il est juge. Il a une telle peur d'être injuste, de favoriser ses amis au détriment d'un inconnu plus méritant, qu'il se laisse un peu trop aisément convaincre par ses collègues moins scrupuleux.

Mais, plus j'y songe, plus je m'aperçois que le docteur Le Dentu se rapproche, par les grandes qualités et les petits défauts de l'esprit et du caractère, d'un homme qui est, je pense, le plus vénéra-

ble et le plus admirable des médecins. J'ai nommé le docteur Potain.

Même délicatesse d'âme, même supériorité scientifique, même impeccabilité professionnelle, mêmes scrupules de conscience, parfois exagérés jusqu'à la faiblesse conciliante. Plus jeune et par conséquent moins glorieux que le grand médecin de la Charité, le chirurgien de l'hôpital Saint-Louis semble l'avoir pris pour modèle. C'est là le plus magnifique éloge qu'il soit possible de lui faire, et je ne peux rien lui souhaiter de plus enviable que d'être, parmi nos chirurgiens, ce qu'est M. Potain parmi nos médecins : le meilleur.—H. Bianchon.

(*Le Figaro.*)

La chirurgie vs la rage opératoire

C'est ainsi qu'on peut intituler la magnifique page que nous transcrivons ci-après.

Elle est due à la plume de Léon LeFort, Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris, Membre de l'Académie de Médecine. Elle se trouve en tête du Vol II du *Traité de Médecine opératoire* de Malgaigne et LeFort.

* * *

..... Depuis la publication de ma huitième édition, (1874-77) une autre révolution s'est faite dans la pratique des opérations. Leur cadre s'est étendu, de nombreuses opérations nouvelles, comprises pour la plupart dans ce que l'on appelle la chirurgie abdominale, ont été imaginées ; d'autres, qui jusque-là n'avaient été pratiqués qu'à titres exceptionnels sont entrées dans le cadre ordinaire de la chirurgie. On a réséqué l'estomac cancéreux, extirpé la rate et le rein, enlevé les tumeurs de la vessie, pratiqué l'ablation de l'utérus et des trompes ; on a castré un grand nombre de femmes en leur enlevant les ovaires, même lorsqu'ils étaient sains, ouvert l'articulation du genou pour suturer les fragments d'une simple fracture de la rotule, ouvert le ventre pour fixer à la paroi abdominale l'utérus prolapsé et même à titre de simple moyen de diagnostic, etc.

Je ne puis pas, on doit le savoir et je l'ai suffisamment montré, ennuier des innovations chirurgicales et des opérations réputées difficiles ou dangereuses, quand elles me paraissent constituer un progrès.....

Ce qui frappe, lorsqu'on étudie la marche actuelle de la chirurgie, c'est de voir quelques chirurgiens d'une notoriété acquise, pratiquer plusieurs centaines de fois certaines opérations ou quelques jeunes chirurgiens les répéter un grand nombre de fois, en quelques semaines ou en quelques mois de pratique hospitalière. Ce qui frappe égale-

ment, c'est que ces opérations se font par séries en quelque sorte alternantes et périodiques : avant-hier c'était la thyroïdectomie, hier la néphrectomie, puis l'hystérectomie totale ; à un moment ce fut la castration féminine, à un autre l'opération d'Estlander, aujourd'hui c'est la salpingotomie, la cure radicale des hernies, l'hystéropie, demain ce sera la néphroraphie ou autre chose. Et quand je vois les opérations se succéder et se multiplier pour des affections dont une pratique hospitalière de plus de quarante ans m'a démontré soit la rareté relative, soit la curabilité par un traitement non opératoire, je suis amené à croire que beaucoup de ces chirurgiens, au lieu de se demander quelle est l'opération que la maladie et l'insuccès de tout autre traitement les obligent à pratiquer à leur malade, se demandent quel est le malade, auquel ils pourront bien faire subir l'opération en ce moment à l'étude, pour ne pas dire à la mode. Je suis loin, du reste, d'être le seul à déplorer cette exagération. Eve, Martin, Polk, Goodel, Spencer Wells, Emmet, s'élèvent avec force contre l'abus que l'on fait partout de certaines opérations.

Quelles sont les causes de cet abus, on pourrait presque dire de cette folie opératoire ? Dans son discours de Grenoble, discours qu'il prononça comme président du Congrès pour l'avancement des sciences et qui suscita tant des colères qui l'honorent, mon collègue et ami, M. Verneuil, s'élèvant contre ces excès, se demandait si on ne pouvait pas soupçonner ces chirurgiens si pressés d'opérer et d'appliquer au malade le précepte : *time is money*, de vouloir compléter la phrase en ajoutant : *operation is money also* ; on serait tenté de les croire quand on voit ce que tendent à devenir nos mœurs professionnelles. Des habitudes commerciales, acceptables et logiques dans des professions où le but légitime et avoué est de gagner de l'argent, se sont introduites en médecine. Le chirurgien paie d'un malhonnête courtage, que ni l'un ni l'autre n'oserait avouer au malade qui le leur fournit à son insu, le médecin qui lui procure une opération, voire même une consultation. Il donne au médecin qui l'appelle un quart, un tiers, la moitié même des honoraires qu'il est censé ne réclamer que pour lui-même, et l'on a inventé à ce sujet le mot de partage dichotonique. Le médecin est ainsi amené à rechercher non plus celui qui peut lui donner le meilleur conseil, proposer et pratiquer le meilleur traitement, mais à rechercher avant tout celui qui lui fera la plus forte remise, et comme une opération se paie bien autrement qu'un traitement non opératoire, quelque complet et heureux qu'en soit le résultat, médecin et chirurgien ont un intérêt pécuniaire commun à proposer comme indispensable et à faire accepter une opération qui pourrait ne pas être faite. De ces tristes pratiques résulte nécessairement une élévation parfois incroyable du

chiffre des honoraires, de telle sorte que si, avec la maladie, le chagrin et quelquefois le malheur entrent dans les familles, trop souvent la nécessité de recourir à certains chirurgiens, qu'on leur représente comme seuls capables de pratiquer l'opération, équivaut pour elles à un grave revers de fortune.

J'ai signalé le mal, parce qu'il est tellement indéniable, qu'il autorise des industriels à nous proposer cyniquement par des circulaires, dont je conserve le dossier, des remises pécuniaires sur les appareils, médicaments, etc., prescrits par nous à nos malades. Je l'ai signalé parce que je me refuse à regarder la médecine et la chirurgie comme une profession que l'on embrasse dans le seul but de s'enrichir ; parce que ce mal tend à l'abaissement d'une carrière que je veux continuer à voir honorable et honorée. Je l'ai signalé, parce que limité d'abord à quelques-uns, il tend constamment à s'accroître, et parce qu'on montre, pour ceux qui en tirent profit, une indulgence dont je ne veux pas être complice. Je l'ai signalé, malgré l'inconvénient d'établir publiquement nos misères devant l'étranger, qui, du reste, n'en est pas partout exempt, parce que je ne veux pas que la médecine française se déshonore, parce que je ne veux pas que, par l'extension du mal, nos jeunes chirurgiens se trouvent, dans quelques années, placés dans cette alternative de ne pouvoir soutenir le *struggle for life*, ou d'être contraints de subir des habitudes pour lesquelles ils éprouvent une vive et salutaire réprobation. Si j'ai signalé le mal, c'est qu'on peut encore espérer le guérir, car il n'atteint heureusement qu'une faible minorité. Rejeté avec mépris par la majorité de nos collègues parisiens, il est inconnu dans la pratique de nos provinces, inconnu dans la plupart des pays de l'Europe, et, par conséquent, ce n'est pas à lui qu'on doit attribuer les abus opératoires actuels, puisque ces abus sont communs à la chirurgie du monde entier.

Quelles sont donc les causes de la *furia operativa* actuelle qui sévit bien plus gravement encore sur la chirurgie étrangère que sur la chirurgie française ? La première et la plus légitime est la confiance absolue, inébranlable, j'oserais même dire aveugle, que donne à presque tous les chirurgiens la mise en pratique des précautions antiseptiques. L'état général, les diathèses, les influences physiques ou morales particulières au malade ne sont plus rien ; tout le danger est dans les germes atmosphériques ; et pourvu qu'on sache s'en garantir, on croit pouvoir, sans le moindre péril, ouvrir le ventre, les articulations. A quoi bon perdre du temps dans un traitement long et ennuyeux, quand, par une opération dont on se refuse à reconnaître les dangers évidents, on peut, en quelques jours, amener une guérison ? A quoi bon s'ingénier à faire un diagnostic exact, quand on n'a qu'à faire une incision

pour savoir à quoi s'entendre sur l'existence ou la non existence du mal que l'on soupçonne? "Ma malade, disait en décembre dernier un chirurgien, était âgée de dix-neuf ans, elle souffrait du ventre et je ne pouvais établir mon diagnostic que par le toucher vaginal; or, comme elle était vierge, et, comme en le pratiquant, je craignais d'amener la défloration, je crus préférable de faire l'incision exploratrice de l'abdomen, et je constatai qu'il n'y avait aucune maladie." Préférer l'ouverture du ventre au toucher vaginal, qu'on peut avec quelques précautions pratiquer, tout en respectant l'hymen, voilà où l'on en est arrivé!

Pour quelques fanatiques, la mort après les opérations ne devient possible que si l'on a négligé quelques précautions, oublié un détail qui a laissé passer quelques germes, employé une soie phéniquée qui ne venait pas d'un bon fournisseur, ou un catgut non préparé d'après la formule nouvelle. Que l'ovariotomie tue une opérée sur sept, l'hystérectomie totale une sur quatre, la néphrectomie un sur trois, l'ablation de fibromes par la voie abdominale une sur deux, il n'importe! L'opération n'y est pour rien, les opérés n'ont succombé que par suite d'une négligence quelconque des règles de l'antisepsie, de telle sorte que le chirurgien devient ainsi responsable de la mort. Sans doute, ce fanatisme n'est que le fait d'un petit nombre: mais il n'est pas moins certain que la confiance de tous, confiance justifiée sans doute, mais fort exagérée, dans l'efficacité de la méthode antiseptique, est venue encourager puissamment les *prurigo secandi*.

D'autres causes concourent à amener l'abus des opérations. Il y a peu de temps encore, on n'arrivait à une certaine notoriété chirurgicale qu'après la publication de mémoires importants, de découvertes sérieuses, et cela n'était possible qu'après de longues années d'étude et d'expérience. Aujourd'hui quelques mois de pratique hospitalière suffisent à faire connaître à tous le nom d'un chirurgien. Il n'est pas besoin pour cela de rien inventer, il suffit d'emprunter à une chirurgie étrangère quelque opération nouvelle, surtout si elle est hasardeuse.

On recherche tous les malades susceptibles de pouvoir subir cette opération, on opère tout ce qu'on trouve; si l'opération a été heureuse, on s'empresse de publier l'observation et de montrer le malade aux académies et sociétés savantes et l'on a, à peu de frais, la notoriété avec ses avantages... pratiques. D'ailleurs, comme la science se fait de plus en plus avec les faits, ce qui est un bien; comme la plupart des travaux scientifiques s'appuient sur les observations et les statistiques, ce qui est un progrès, on a le plaisir de se voir cité dans tous les mémoires publiés sur le même sujet et de se faire à peu de frais, pour soi, le renom d'un habile et *hardi* opérateur.

La hardiesse opératoire est encore un de ces mots dont on abuse;

j'ai connu la hardiesse opératoire au début de mes études, alors que mes premiers maîtres ne pratiquaient pas encore l'anesthésie, alors que l'opéré se débattait, criait, hurlait sous le couteau. Il fallait alors avoir de la résolution, du sang froid pour réséquer un maxillaire supérieur, faire une opération césarienne, pratiquer certaines résections ou l'ablation de certaines tumeurs ; mais aujourd'hui, avec l'anesthésie, les opérations ne sont plus que des autopsies sur le vivant ; l'opéré, pendant toute la durée de l'opération, est passé à l'état de cadavre, et je ne sais vraiment ce qui pourrait troubler l'âme du chirurgien s'il n'avait pas la conscience des dangers ultérieurs que son intervention peut faire courir au malade. L'anesthésie, en supprimant pour l'opéré la douleur et la conscience du danger que lui fait courir une opération dont il n'est plus témoin, en supprimant pour le chirurgien la plupart des difficultés et toutes les émotions, a heureusement rendu possibles bien des opérations qui sont de véritables bienfaits pour l'humanité ; mais elle a aussi contribué à permettre l'abus de quelques-unes d'entre elles.

Nous pourrions encore mettre en lumière d'autres causes ayant pour résultat une trop grande facilité à recourir au bistouri. A une époque où l'on est impatient de l'espace et du temps, où l'on s'efforce de supprimer le plus possible l'un et l'autre, on n'aime ni les longs traitements, ni les longues incertitudes. Un traitement médical amènerait sans danger la guérison, mais elle serait longue à obtenir tandis que, si l'opération fait courir quelques périls, elle procure une prompte guérison ou tout au moins une prompte solution. Le malade lui-même encourage cette tendance ; il n'aime pas les opérations, mais comme on lui en laisse ignorer les dangers possibles, comme il est impatient de guérir, il accepte volontiers une intervention opératoire. Qu'il guérisse après un long traitement médical ou mécanique, il attribuera sa guérison à la force de sa constitution, à sa résignation, à sa patience, voire même à la nature, et c'est à peine s'il en attribuera quelque part à son chirurgien. Qu'il guérisse après une opération, il se fera sans nul doute honneur de son courage ; mais il ne se refusera pas à attribuer à son chirurgien l'honneur... et les honoraires que comporte cette rapide guérison. Il ne faut donc pas s'étonner si toutes ces causes réunies ont eu pour résultat de multiplier outre mesure les opérations. Mais si je combats l'abus qu'on en fait, je dois aussi indiquer les principes qui doivent en régler l'usage et guider le chirurgien dans le choix et la nature de son intervention.

Avoir le pouvoir de guérir une maladie par une opération ne donne pas, par cela seul, le droit de la pratiquer. Il faut que la gravité de l'opération soit proportionnée à la gravité de la maladie ; il faut que le

benéfica que le malade doit ou peut en retirer, soit proportionné aux dangers auxquels elle l'expose.....

On objecte, il est vrai, que la maladie étant par elle-même mortelle, une intervention active est justifiée comme étant la seule chance d'obtenir la guérison. Je n'admets pas qu'on soit autorisé à tout tenter, par la raison que la maladie doit fatalement et à bref délai entraîner la mort. Quoiqu'il soit profondément triste de se sentir impuissant devant la maladie et la mort, il faut parfois savoir se résigner et je n'accepte le : *melius anceps remedium quam nullum* que s'ils n'est pas en contradiction avec ce principe primordial : *primo non nocere*. Avant tout, il ne faut pas nuire et, par conséquent, il faut savoir s'abstenir toutes les fois que les dangers de l'opération seront supérieurs aux chances de guérison qu'elle peut procurer, toutes les fois que ces dangers immédiats seront supérieurs aux bénéfices temporaires qu'on peut légitimement en attendre.

Le chirurgien ne devra pas mettre en péril la vie du malade pour le débarrasser d'une infirmité, d'une maladie, d'une difformité qui ne menace la vie ni de près ni de loin : Si parfois il est amené à contrevenir à cette loi, il ne le fera qu'après avoir pesé, dans sa sagesse, sa prudence, les raisons puissantes rendant son intervention nécessaire. Pratiquer une opération pouvant entraîner la mort pour une difformité compatible avec la vie est une faute ; cependant, il est des circonstances où la difformité est telle que le malade peut s'exposer aux plus graves périls plutôt que de la conserver, il en est où la difformité, qui ne serait qu'un motif de chagrin pour un malade riche, empêche un malade pauvre de pouvoir trouver dans le travail le moyen de gagner sa vie, et, ce qui dans le premier cas serait une opération de complaisance, devient dans le second une opération de nécessité. L'ankylose d'un membre dans une attitude qui le réduit à l'impuissance, un genu valgum très marqué, des déviations rachitiques considérables, un pied bot accompagné d'ulcérations rendant la marche fort difficile pourront très légitimement exiger une résection, une ostéotomie, voire même une amputation. Mais, exposer à la mort un malade atteint d'une hernie simple, même congénitale, pour lui éviter l'ennui de porter un bandage, alors que, dans presque tous les cas d'opération, même heureuse, il n'est pas délivré de cet ennui ; l'exposer à une mort prochaine, pour lui éviter les risques, fort peu probables, de voir sa hernie s'étrangler vingt ou trente ans plus tard ; l'exposer au péril d'une opération qu'on peut lui éviter, en sachant lui faire construire un bandage approprié, est une conduite que je ne saurais imiter. On se consolerait moins facilement des cas de mort qui suivent, rarement je le veux bien, mais trop souvent encore les opéra

tions, si on pouvait être témoin des conséquences qu'elles entraînent au dehors de l'hôpital. Cet homme était jeune, bien portant un bandage bien fait eût suffi pour maintenir sa hernie ; on l'opère, il meurt, qu'arrive-t-il ?

Sa femme, ses enfants, qu'il soutenait de son travail, tombent dans la misère, et les enfants viennent grossir le nombre des vagabonds qui pullulent dans les grandes villes. Voilà quel a été le résultat d'une opération dont on aurait dû s'abstenir et dont on se serait peut-être abstenu, si on avait songé aux conséquences indirectes qu'elle pouvait avoir, et qui aurait bien autrement impressionné le chirurgien, qu'un insuccès opératoire plus ou moins vite oublié.

Sans doute, le chirurgien objecte que le malade a demandé l'opération ; mais on sait ce que vaut ce cliché qu'on retrouve aujourd'hui dans tant d'observations, comme si la conscience du chirurgien l'amenait malgré lui à plaider, pour sa justification, les circonstances atténuantes. Le malade a, dit-on, accepté ; mais sait-il ce qu'est l'opération, sait-il les risques qu'elle lui fait courir ? On se garde en général, de le lui dire, et le chirurgien se croit le droit d'être partout et toujours le seul juge de ce qui lui convient de faire. J'accepte la théorie quand il s'agit de ces cas où l'opération s'impose comme une nécessité absolue, où le salut ne peut se trouver que dans l'opération ; pourquoi alors troubler l'esprit du malade, augmenter ses inquiétudes. Mais quand il s'agit de ces opérations dont on peut s'abstenir, quand il s'agit d'une maladie dont on peut espérer la guérison par d'autres moyens, d'infirmités auxquelles on peut remédier par un traitement palliatif et que l'opération, toute justifiée qu'elle soit, pourrait entraîner la mort il est du devoir du chirurgien d'hôpital d'éclairer le malade sur les conséquences possibles de l'opération qu'il lui propose. Combien de malades la refuseraient s'ils savaient quelles peuvent en être les conséquences possibles ; combien de femmes accepteraient la castration, la salpingotomie, si elles savaient qu'elles seront pour toujours condamnées à la stérilité !

Avoir pour la vie des semblables le respect qu'elle mérite, placer avant toute autre considération l'intérêt du malade, peser avec sagesse, avec prudence, les dangers de la maladie et ceux de l'opération, comparer le bénéfice que l'opéré peut en retenir aux périls immédiats qu'elle lui fera courir, livrer le moins possible au hasard, chercher la guérison non dans les interventions brillantes et dangereuses, mais dans les moyens thérapeutiques les plus sûrs, telle doit être la conduite du chirurgien. Quand il hésitera, quand il se demandera avec anxiété quel parti il doit prendre : qu'il se recueille, qu'il consulte sa conscience, qu'il se demande ce qu'il ferait, ce qu'il conseillera s'il

s'agissait de sa mère, de sa femme, de ses enfants ; que sa réponse dicte sa conduite. Souvent alors, il repoussera les moyens héroïques, mais hasardeux ; il fera moins d'opérations, il arrivera peut-être plus difficilement à la notoriété et n'arrivera probablement pas à la fortune ; mais il sera sûr d'agir toujours en bon et honnête chirurgien, d'être à l'égard de ses malades le *vir bonus medendi peritus*.

LÉON LE FORT.

CHRONIQUE.

Depuis six semaines, j'ai reçu au moins 75 à 80 lettres que je pourrais resumer comme suit :

“ Monsieur le *Dr Noir*, le programme de la *Gazette Médicale* me plaît, puisse-t-il triompher ! ”

Merci de votre *satisfaction*. Quant au souhait de succès, c'est à vous de le réaliser.

Vous vous êtes, sans doute, mis en règle avec le Bureau, vous avez payé votre contribution annuelle jusqu'au premier juillet 1889.

Forts de vos droits basés sur le devoir accompli, vous irez à Québec le 10 juillet prochain élire des gouverneurs disposés à opérer les réformes que la profession réclame.

Si vous êtes en état de remplir tous ces devoirs je vous en félicite et je vous ferai rapport du résultat le 15 de juillet prochain.

* * *

Dans le cas contraire, si vous vous attendez que les cailles vont vous tomber, roties, dans le bec, vous pouvez compter sur une immense déception. Au reste, vous n'aurez que vous-mêmes à accuser ; car vous ne pourrez plaider ignorance, attendu que depuis le mois de janvier, je me suis mis en six pour vous rappeler que, de l'élection prochaine dépendra l'accomplissement des réformes que vous réclamez à grands cris depuis 10 ans.

Quant à votre humble serviteur, sa part est faite, il ne lui reste plus qu'à aller à Québec déposer son vote dans l'urne électorale. Lorsque quelque membre du collège des médecins et chirurgiens de la province se plaindra, avant de lui répondre, je compulsurai le registre du collège, et si je trouve que M. le mécontent ne s'est pas mis en état de voter,

ou n'a pas voté, je me contenterai de lui répondre : Monsieur et cher confrère, vos griefs sont bien fondés, mais comme ils existent par le fait de votre indifférence aux intérêts professionnels, prenez-en votre parti et soyez heureux de votre œuvre. *Qui laisse pousser de l'ivraie ne peut s'attendre à récolter du blé.*

* * *

Vous qui prétendez que la profession est inondée, allez-vous voter pour suspendre cette marée envahissante ?

Vous qui, tous les jours, portez plainte contre l'exercice illégal de la médecine, allez-vous voter afin d'y mettre un frein ?

Vous tous qui êtes mécontents de l'état actuel des choses, allez-vous par votre vote, prouver que vous êtes sincères ?

Je connais tel gouverneur qui n'est plus qualifié à voter ; tel autre qui, pris de dégoût pour les affaires professionnelles, refuse de se qualifier, etc., etc., et que sais-je encore.

Tout cela indique une profonde apathie de la part des membres du collège.

Je suis prêt à parier que la moitié d'entre eux a perdu son droit de vote, par négligence, n'est-ce pas énorme !

On est toute ardeur à crier aux réformes et toute tiédeur à prendre les moyens de les accomplir.

Que votre volonté soit faite, mes amis !

* * *

Quelle différence faites-vous entre un élève de Syntaxe ou de Belles-Lettres qui a carotté ses examens et un jeune homme qui a fait un cours classique complet y compris deux années de philosophie ?

Je préfère celui-ci, direz-vous, et moi aussi.

Cette question a trouvé une solution tout autre aux mains de nos gouverneurs, à leur réunion de mai dernier.

Et on trouve encore des messieurs qui, préférant le premier au second, ont persifflé M. le Président du collège pour avoir fait ce devoir si simple : mettre cette question devant le Bureau.

Voilez-vous la face, M. le Président soumet à votre appréciation une proposition déposée devant le fauteuil.

Qui a jamais vu pareille outrecuidance ?

C'est intolérable, n'est-ce pas ?

Changeons cette procédure anormale.

A la prochaine réunion, ce sera les membres qui joueront le rôle du président, qu'en pensez-vous ?

* * *

Depuis quand n'est-il plus du devoir du président d'une assemblée délibérante de soumettre toutes les questions déposées devant le fauteuil ?

* * *

J'espère que vous allez élire *M. un tel* pour le district de..... je vous envoie deux dollars pour payer ma contribution annuelle au collège. Juillet 3 1889.

C'est très heureux de se hâter de la sorte, le paiement de cette contribution est un pas dans la bonne voie pour vous préparer à l'élection de..... 1892.

Et dire que j'ai, en ma possession, plus de 125 procurations de cette valeur ; c'est à ne plus croire à la sincérité de ceux qui se plaignent de notre loi médicale. En tout cas, je ne risque rien en disant qu'il y a là indifférence ou négligence.

Au reste, je ne veux aigrir personne : *comme on fait son lit on se couche* ; si vous êtes satisfaits, je le suis.

* * *

Je vous transcris, ci-après, l'acte passé par la Législature de Québec à sa dernière session :

Acte pour amender la loi concernant les médecins et chirurgiens.

Sa Majesté par et de l'avis et du consentement de la Législature de Québec, décrète ce qui suit :

1. L'article suivant est ajouté à l'article 3977 des Statuts Refondus de la Province de Québec :

“ 3977 a. Les privilèges accordés aux porteurs de degrés ou diplômes des Collèges et Universités anglaises sont accordés à tout praticien anglais dont le nom paraît au Régistre Médical, sous l'Acte Médical Impérial, 1886 (49-50, Victoria, Chapitre 48) ou sous tout autre acte l'amendant.”

20. Cet acte entrera en force le jour de sa sanction.

* * *

Par cet acte, les praticiens anglais ont droit de venir ici pratiquer la médecine en se conformant aux lois de la Province. Ils auront droit à la licence, tout comme les porteurs des diplômes conférés par nos facultés de médecine. A première vue, on doit se demander : à quoi bon étendre des privilèges à des étrangers qui vont encombrer nos rangs sans compensation aucune ? L'objection a de la force, mais avant de s'y arrêter, il faut considérer que cet acte a été passé afin de nous donner champ libre de pratiquer dans les autres provinces du Dominion, etc.

Ainsi pour deux ou trois praticiens anglais qui tenteraient de venir dans la Province de Québec où nous sommes très nombreux, plus de 20 à 30 de nos jeunes médecins pourront aller pratiquer dans Ontario et les autres provinces qui se seront conformées à l'acte Médical Impérial.

S'il n'en est pas ainsi, cette modification apportée à notre loi provinciale serait un suicide volontaire et il la faudrait rappeler sans retard. Je vous tiendrai au courant de l'effet de cette législation dans les autres provinces et en Angleterre.

Nous n'avons pas trop de privilèges déjà, sachons les conserver.

* * *

Tous les jours j'ai la gratification de lire dans la presse scientifique française des paroles d'encouragement à l'adresse de la *Gazette Médicale de Montréal*.

Aujourd'hui c'est le tour du *Journal de la Santé*, de Paris, qui donne l'analyse de l'article de notre collaborateur, M. le Dr Chrétien-Zaugg sur la conjonctivite diphtéritique. C'est à M. A. Hamon que la Gazette doit cette marque d'attention.

M. Hamon, publiciste parisien, a depuis longtemps accordé une cordiale sympathie à tout ce qui touche au Canada et aux Canadiens. Grâce à sa vigilante bienveillance, rien ne se fait, rien ne s'écrit ici qui ne trouve publicité dans la presse hygiénique et médicale française. C'est presque une *gâterie*.

Les médecins qui visitent Paris s'acquitteraient d'une dette de reconnaissance en faisant connaître à M. Hamon combien nous apprécions ses délicates attentions.

* * *

Vous avez lu les *Profils de Médecins* que je reproduis du *Figaro*.

C'est un nouvel attrait ajouté à la *Gazette Médicale*. Il est bon de connaître non seulement la médecine, mais encore les médecins.

Tous les médecins ont les livres de Jaccoud, qui d'entre eux en connaît l'auteur.

Ces profils ont double but : utile et agréable.

Dans ce numéro-ci, je vous livre avec plaisir le Dr Le Dentu, aussi savant que modeste, que vous ne manquerez pas d'aller voir à son hôpital.

Pas de bruit autour de son nom, mais du mérite réel.

Point de réclame, point de *tam tam*, mais de bonnes et saines œuvres de chirurgie conservatrice.

* * *

Notre ami et collaborateur, M. le Dr L. D. Mignault, Professeur de Physiologie à l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal, s'embarquera vers le 20 juillet, pour l'Europe. Il se rendra à Paris pour assister aux divers congrès scientifiques et médicaux qui auront lieu dans la première moitié d'août prochain. Je crois savoir que M. le Dr Mignault s'occupera, d'une manière spéciale, de l'organisation des facultés européennes de médecine, du mode de leurs examens, etc., etc.

Bonne santé et bon voyage, et rapportez-nous ample moisson d'observations.

* * *

MM. les Drs E. P. Lachapelle, Président du Conseil Provincial d'Hygiène et L. Laberge, Médecin en Chef du *Bureau de Santé de Montréal*, assisteront aux congrès d'hygiène et de démographie de Paris. Enfin nous sortons de l'ornière !

LE DR NOIR.

BIBLIOGRAPHIE

GENERAL ORTHOPEDICS, INCLUDING ORTHOPEDIC SURGERY BY DR. AUGUST SCHREIBER, SURGEON-IN-CHIEF TO THE SURGICAL DIVISION OF THE AUGSBURG HOSPITAL.

Depuis quelques années la chirurgie a fait des progrès remarquables dans le traitement des difformités du corps humain. Son histoire comme spécialité, est l'histoire de l'art chirurgical ; mais le praticien général de nos jours, qui a maîtrisé l'art comme étudiant, n'est que rarement obligé de référer des cas de difformité à un spécialiste.

Il doit en être ainsi. Le Prof. Von Ziemssen, a dit que : " Tout médecin devrait connaître les méthodes de la chirurgie orthopédique et se familiariser suffisamment avec les détails techniques nécessaires à leur application." Le médecin qui, à l'école n'a pas acquis les principes et la pratique des bandages et appareils, aura fréquente occasion de regretter son omission, car il sera souvent appelé à recourir à ces applications et il ne lui sera pas toujours possible d'envoyer son patient à un spécialiste.

L'intérêt croissant que le praticien attache à cette branche de la chirurgie, la nécessité de la publication d'un ouvrage substantiel sur l'orthopédie et la chirurgie orthopédique moderne.

Un ouvrage de ce genre doit, sans être une simple compilation, renfermer quelque chose de plus que les idées, les opinions et les inventions d'un seul auteur ; il doit présenter un état concis de nos connaissances actuelles sur le sujet. On doit pouvoir y trouver une bibliographie capable de faciliter au lecteur la poursuite d'une étude plus étendue. En outre de ces traits, l'ouvrage devrait contenir de nombreuses gravures d'appareils, anciens et nouveaux. Enfin on doit y trouver une méthode claire de diagnostic et des suggestions pratiques concernant le traitement. Telle est l'œuvre que le praticien général doit avoir sous la main.

L'important ouvrage que vient de terminer le Dr August Schreiber et qui vient d'être publié en anglais dans le numéro de juin des Monographies Médico-Chirurgicales de Wood, est destiné à remplir ces desiderata.

Cette reproduction complète dans la série déjà bien connue et populaire, a nécessité la publication d'un numéro double de 357 pages ornementées de plus de 380 gravures sur bois. Ce numéro comprend

l'index des "Monographies". L'ouvrage du Dr Schreiber est fait dans un style très attrayant. On le considère comme indispensable à la bibliothèque de tout médecin praticien.

*
* *

Good Health de juin est un magnifique numéro. La seconde partie de l'article du Dr Oswald, intitulé : Etude d'Hygiène internationale est une contribution illustrée sur la France. Kate Lindsay, M.D., contribue un excellent article sur *l'influence de la toilette sur le développement musculaire des femmes*.

Le rédacteur en chef publie des observations sur l'Angleterre.

Ce journal a sa place dans toutes les familles. L'abonnement n'est que de \$1 25 par année. Chaque copie se vend 15 centins. Adresser : Good Health Publishing Co., Battle Creek, Mich.

*
* *

DE LA LOBÉLINE DANS LA THÉRAPEUTIQUE DE L'ASTHME.—Mémoire présenté au premier congrès brésilien de médecine et chirurgie et lu à la séance du 15 septembre 1888, par Dr SILVA NUNES, Rio de Janeiro, Typ. de G. Denzinger et Filhos, Ovidor 31, 1889.

La multiplicité des moyens thérapeutiques dirigés contre l'asthme et leur peu de succès durable, engageront le praticien à recourir à l'usage de la lobéline préconisé par le Dr Silva Nunes. Cette petite monographie mettra les chercheurs, les expérimentateurs sur la voie du traitement curatif de cette rebelle affection, l'asthme.

L'auteur conclut comme suit :

- 1° La lobéline ne possède pas l'effet tonique qu'on veut lui prêter.
- 2° Elle n'a pas d'action vomitive ou nauséuse, comme la lobélie.
- 3° Elle est employée, par nous, aux doses d'un grain jusqu'à 8 grains, pour les adultes et de 1/6 à 5/6 de grain pour les enfants. Nous ne fixons pas, comme étant les doses *maxima* les plus hautes, que nous avons employées.
- 4° N'ayant pas d'action irritante sur le tissu cellulaire, elle peut être employée en injections hypodermiques, ce qui affermit encore plus sa supériorité sur la teinture de lobélie.
- 5° L'action évidente de lobéline, sur le système nerveux, engage à l'employer dans les affections convulsives comme le tétanos et d'autres.
- 6° Les malades sur qui nous avons employé la lobéline, se conservent jusqu'aujourd'hui complétement guéries.

NOUVELLES MÉDICALES

La presse scientifique de Berlin condamne vertement la conduite de certaine société médicale (médecins de réserve de l'armée) qui avait décidé de s'abstenir de prendre part aux congrès médicaux de Paris.

La *Berliner Klinisch Wochenschrift* revue très importante s'exprime ainsi au cours d'un article très modéré : Que deviendra la science, que deviendra l'échange des idées, la fécondation et la stimulation des efforts scientifiques, si un pareil esprit de chinoiserie tend à prévaloir ? Nous ne pouvons qu'alfier autrement cette résolution de la société des camarades, qui subordonne si à tort une question de nature et d'importance scientifique générale à la condition militaire de ces membres, laquelle n'a absolument rien à voir ici."

Voilà qui va mieux.

Il convient que le terrain scientifique reste neutre, que tous les savants s'y rencontrent à l'aise, d'où qu'ils viennent.

Congrès d'hygiène et de Démographie

Bureau nommé par le Comité d'organisation, — Présidents d'honneur : MM. Bergeron (le docteur), Gérard, de Freycinet, Chauveau, Pasteur, Levasseur.

Président : M. Brouardel (le docteur).

Vice-Présidents : MM. E. Trélat, Siegfried, J. Rochard, H. Monod, Nicolas, L. Colin, Legneau, Levraud.

Secrétaire général : M. Napias (le docteur H.)

Secrétaire général adjoint : M. Martin (le docteur A. J.)

Trésorier : M. Thévenot (le docteur A.)

Sections du Congrès international d'hygiène de Paris, 1889. Section I. Hygiène de l'enfance.—Allaitement.—Protection et hygiène du premier âge.—Hygiène scolaire.—Surmenage, etc.

Section II. Hygiène urbaine et rurale.—Construction et disposition des habitations privées et collectives.—Chauffage.—Ventilation.—Canalisations souterraines.—Logements insalubres.—Constructions rurales.—Étables.—Fosses à fumier, etc.

Section III. Bactériologie appliquée à l'hygiène.—Maladies épidémiques et contagieuses, etc.

Section IV. Hygiène industrielle et professionnelle.—Enfance ou-

rière.—Industries insalubres.—Maladies et accidents professionnels.

Section V. Hygiène internationale et Police sanitaire.

Section VI. Hygiène alimentaire.—Falsifications.—Eau potable.—Filtrage, etc.

Section VII. Démographie.—Statistique sanitaire.

Section VIII. Crémation.—La section VIII constituera en quelque sorte un Congrès spécial présidé par le président de la Commission internationale de crémation, mais sous l'autorité du Comité d'organisation.

Questions proposées par le Comité d'organisation. 1^o *Mesures d'ordre législatif, administratif et médical prises dans les divers pays pour la protection de la santé et de la vie de la première enfance.*—Rapporteurs : MM. le Dr Landouzy, médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la faculté de Paris ; et le Dr H. Napias, inspecteur général des services administratifs du Ministère de l'intérieur.

2^o *De l'enlèvement et de l'utilisation des débris solides (fumiers, boues, gadoues, débris de cuisine, etc.) dans les villes et dans les campagnes.*—Rapporteurs : MM. du Mesnil, membre de la Commission des logements insalubres de la ville de Paris, secrétaire du Comité consultatif d'hygiène ; et Journet, ingénieur des ponts et chaussées, attaché à la direction des travaux de Paris.

3^o *Régime et distribution de la température dans l'habitation.*—Rapporteurs : MM. Emile Trélat, directeur de l'École spéciale d'architecture ; et Somasco, ingénieur.

4^o *Action du sol sur les germes pathogènes.*—Rapporteurs : MM. le Dr Grancher, professeur à la faculté de médecine de Paris ; et le Dr Richard, médecin major, membre du Comité consultatif d'hygiène.

5^o *Protection des cours d'eau et des nappes souterraines contre la pollution par les résidus industriels.*—Rapporteur : M. le docteur J. Arnould, médecin inspecteur de l'armée, professeur à la Faculté de médecine de Lille ; et le Dr A. J. Martin, membre du Comité consultatif d'hygiène.

6^o *De l'assainissement des ports.*—Rapporteur : M. le Dr A. Proust, professeur d'hygiène à la faculté de Paris, inspecteur général des services sanitaires, etc.

7^o *Accidents causés par les substances alimentaires d'origine animale contenant des alcaloïdes toxiques.*—Rapporteurs : MM. P. Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris ; Pouchet, membre du Comité consultatif d'hygiène ; et le Dr Loye.

8^o *De la statistique des causes de décès dans les villes.*—Rapporteur : le Dr J. Bertillon, chef de service démographique de la ville de Paris, membre du Comité consultatif d'hygiène publique de France, etc.

Congrès d'anthropologie criminelle.

Le Congrès d'anthropologie criminelle qui doit se réunir à Paris du 10 au 17 août de cette année, étudiera les problèmes que soulèvent les études des conditions anatomiques, physiques, psychologiques ou sociales que déterminent le crime, les questions de la responsabilité morale et toutes les applications judiciaires et médico-légales de la biologie et de la sociologie criminelles.

Parmi les questions posées, au nombre de plus de trente, citons les suivantes :

“ Dernières découvertes de l'anthropologie criminelle,” par le professeur Cesare Lombroso (de Turin).

“ Caractères anatomiques des criminels,” par le docteur Manouvrier (de Paris).

“ L'atavisme chez les criminels,” par le docteur Bordier (de Paris).

“ L'enfance des criminels et la prédisposition au crime,” par les docteurs Taverni (de Rome) et Magnan (de Paris).

“ Les conditions qui déterminent le crime,” par le professeur Ferri, député au parlement italien.

“ Classification des criminels par l'anthropologie juridique,” par le baron Garofalo, procureur du Roi, à Naples.

“ La libération conditionnelle,” par le docteur Semal, de Mons (Belgique).

“ La criminalité dans ses rapports avec l'éthnographie,” par le docteur Taladriz (de Madrid).

“ La responsabilité morale,” par M. Tarde, juge d'instruction à Sarlat (Dordogne).

“ Le système cellulaire,” par le professeur Von Hamel (d'Amsterdam).

“ Le crime politique,” par l'avocat Laschi (de Rome).

“ L'anthropométrie juridique,” par M. Alphonse Bertillon (de Paris), etc.

Hôpitaux de Paris.

M. le professeur Tarnier, nommé professeur de chirurgie obstétricale vient, en raison de ses nouvelles fonctions, de donner sa démission de chirurgien de la Maternité. Il sera procédé très prochainement à son remplacement dans son service de la Maternité.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE MENSUEL.

Physiologie.

- BEAUNIS H.—Nouveaux éléments de physiologie humaine, comprenant les principes de la physiologie générale, avec 288 figures dans le texte ; 2 vol. grand in-8 rel. toile. \$6.25
- BECLARD.—Traité élémentaire de physiologie humaine (1886) ; 2 vol. in-8. \$6.25
- CADIAT O.—Cours de physiologie, physiologie générale, génération, organes des sens, (1883) ; 1 vol. in-4. \$2.25
- FORT J. A.—Manuel de physiologie humaine, avec figures ; 1 vol. in-12. \$2.50
- KUSS et DUVAL.—Cours de physiologie. 6^e édition, avec figures, (1887) ; 1 vol. in-12, rel. toile. \$2.00

Hygiène.

- BECQUEREL A.—Traité élémentaire d'hygiène privée et publique ; 1 fort vol. in-12, rel. toile. \$2.75
- CARNET J.—L'Art de se bien porter. Brochure in-18. 50c
- DALTON J. C.—Physiologie et hygiène ; 1 vol. in-12 \$1.00
- DONNÉ A.—Hygiène des gens du monde ; 1 vol. in-12. 90c
- LACHAPELLE S.—La Santé pour tous ; 1 vol. in-12. 50c
- LACHAPELLE S.—Manuel d'hygiène à l'usage des écoles et des familles. rédigé conformément aux instructions du Conseil d'hygiène de la province de Québec, avec figures dans le texte, (1886) ; 1 vol. in-12 cart. 25c
- LEVY MICHEL.—Traité d'hygiène publique et privée ; 2 vol. in-8 avec figures. \$5.00
- PAULIER B.—Manuel d'hygiène publique et privée ; 1 vol. in-12. \$2.00
- RASPAIL.—Manuel annuaire de la santé ; 1 vol. in-12. 40c

Pathologie générale.

- BOUCHUT E.—Nouveaux éléments de pathologie générale. 4^e édition avec 245 figures ; 1 vol. in-8. \$4.00
- BOULEY H.—Leçons de pathologie comparée ; le progrès en médecine par l'expérimentation ; 1 vol. in-8. \$3.00
- HALLOPEAU H.—Traité élémentaire de pathologie générale, comprenant la pathogénie et la physiologie pathologique, avec 145 figures (1887) ; 1 vol. in-8. \$3.00

CADIEUX & DEROME, Libraires, Montréal.