

## Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

- |                                     |   |                                     |   |
|-------------------------------------|---|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/>            | Coloured covers /<br>Couverture de couleur  | <input type="checkbox"/>            | Coloured pages / Pages de couleur   |
| <input type="checkbox"/>            | Covers damaged /<br>Couverture endommagée   | <input type="checkbox"/>            | Pages damaged / Pages endommagées   |
| <input type="checkbox"/>            | Covers restored and/or laminated /<br>Couverture restaurée et/ou pelliculée   | <input type="checkbox"/>            | Pages restored and/or laminated /<br>Pages restaurées et/ou pelliculées   |
| <input type="checkbox"/>            | Cover title missing /<br>Le titre de couverture manque  | <input checked="" type="checkbox"/> | Pages discoloured, stained or foxed/<br>Pages décolorées, tachetées ou piquées  |
| <input type="checkbox"/>            | Coloured maps /<br>Cartes géographiques en couleur  | <input type="checkbox"/>            | Pages detached / Pages détachées  |
| <input type="checkbox"/>            | Coloured ink (i.e. other than blue or black) /<br>Encre de couleur (i.e. autre que bleue ou noire)  | <input checked="" type="checkbox"/> | Showthrough / Transparence  |
| <input type="checkbox"/>            | Coloured plates and/or illustrations /<br>Planches et/ou illustrations en couleur   | <input checked="" type="checkbox"/> | Quality of print varies /<br>Qualité inégale de l'impression  |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Bound with other material /<br>Relié avec d'autres documents  | <input type="checkbox"/>            | Includes supplementary materials /<br>Comprend du matériel supplémentaire   |
| <input type="checkbox"/>            | Only edition available /<br>Seule édition disponible  | <input type="checkbox"/>            | Blank leaves added during restorations may<br>appear within the text. Whenever possible, these<br>have been omitted from scanning / Il se peut que<br>certaines pages blanches ajoutées lors d'une<br>restauration apparaissent dans le texte, mais,<br>lorsque cela était possible, ces pages n'ont pas<br>été numérisées. |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Tight binding may cause shadows or distortion<br>along interior margin / La reliure serrée peut<br>causer de l'ombre ou de la distorsion le long de la<br>marge intérieure. |                                     |   |
| <input type="checkbox"/>            | Additional comments /<br>Commentaires supplémentaires:  |                                     |   |

# L'UNION MÉDICALE

DU

## CANADA

---

### REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE

PARAISSANT TOUS LES MOIS

---

### VOLUME X



MONTREAL :

COMPAGNIE D'IMPRIMERIE CANADIENNE, 28 RUE ST. GABRIEL.

—  
1881

# L'UNION MÉDICALE

## DU CANADA

---

Revue Médico-Chirurgicale paraissant tous les mois

---

---

*Comité de Rédaction :*

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

---

Vol. X.

JANVIER, 1881.

No. 1.

---

---

## TRAVAUX ORIGINAUX.

---

### La Craniotomie.

---

(Lu devant la Société Médicale par le Dr A. DAGENAI, Prof. à l'Université-Laval, Montréal.)

---

La craniotomie est une des plus anciennes opérations obstétricales. Déjà Hippocrate conseille un instrument courbe pour ouvrir la tête, ainsi qu'un autre pour briser les os du crâne. Celse et Soranus enseignent aussi l'ouverture de la tête avec un bistouri, et ce dernier conseille d'enlever les os du crâne avec une pince à os. Dans les livres des médecins arabes, on trouve régulièrement au chapitre *De extractione fetus mortui*, tout un arsenal d'instruments destructeurs.

Comme du reste au moyen-âge la connaissance de la version podalique avait complètement disparu, on ne doit pas s'étonner de la fréquence avec laquelle on employait les opérations destructives. On ne commença à leur imposer des limites que

lorsque la version podalique fut proposée par Ambroise Paré, en 1550. Depuis cette époque, la craniotomie fut pratiquée beaucoup plus rarement, sauf quelques exceptions comme le fameux Deisch et son partisan Mittelhauser.

Ce fut un progrès nouveau et fort important quand la découverte du forceps permit d'extraire d'une façon inoffensive la tête solidement fixée dans le bassin. La découverte de cet instrument constitua un progrès tel, qu'à partir de ce moment les accoucheurs semblaient être armés contre toutes les éventualités, et la conséquence naturelle fut qu'à partir de ce moment, les accoucheurs fiers de cette opération et de leur habileté croissante, ne regardèrent plus les anciens temps qu'avec un air de supériorité et avec un profond mépris. Pleins de confiance dans les manœuvres qu'ils employaient pour la version et dans l'application du forceps, ils mirent tout leur orgueil à accoucher les mères, même dans les cas les plus défavorables, du moins sans dépecer l'enfant : et au grand détriment de la mère, ils remplacèrent la perforation par l'usage le plus exagéré du forceps pour terminer les accouchements. Cette tendance de l'art obstétrical proprement dit fut représentée par le vieux Friedrich Benjamin Oslander à Göttinger, qui se vantait, en quarante années de pratique, de n'avoir jamais eu recours à la perforation, et qui rejetait non seulement la symphysiôtomie, mais aussi l'accouchement prématuré artificiel et la perforation. Et quoique la direction qu'il avait imprimée à l'obstétrique ne fut pas suivie même par les élèves d'Oslander aussi exclusivement qu'il l'avait indiqué, et qu'il arrivât à Oslander lui-même de voir pendant qu'il était à son lit de mort son propre fils pratiquer une perforation dans sa propre clinique, les accoucheurs allemands ont encore à l'heure actuelle une grande aversion pour la perforation, et cette opération est pour le plus grand nombre d'entre eux, et au grand dommage de la mère, non pas seulement lorsque l'enfant vit, mais même quand il est mort, considérée comme une dernière ressource à laquelle on ne doit recourir que si le forceps, malgré des tentatives répétées et énergiques, est resté insuffisant.

Qu'iqu'il existât déjà dans l'antiquité la plus haute des instruments pour comprimer et brayer la tête, c'est à Bandeboque le neveu que revient le mérite d'avoir, dans ces derniers temps, 1829, inventé un instrument qui, quoique fort lourd, remplit exactement le but qu'on se propose, c'est-à-dire l'écrasement de la tête, et d'avoir introduit dans la pratique la céphalotripsie. En Allemagne, Ritgen, Ruseh et Kilian en ont tout adopté et le nouvel instrument, et c'est précisément dans ce pays qu'avec le temps on y apporta les modifications

les plus multiples et, comme il faut le reconnaître, le plus grand perfectionnement. Parmi les instruments les plus faciles à manier, il faut citer celui de Breisky. Le céphalotribe très joli et très léger, de Scanzoni est trop faible et peut, comme nous l'avons observé sur une femme vivante, se fausser à ce point qu'il devient complètement impossible de s'en servir.

Tel est, Messieurs, l'historique que fait Schroder de la craniotomie. Comme on le voit dans ce court aperçu, cette opération a eu ses moments de faveur et ses moments de défaveur, c'est-à-dire que comme une foule de bonnes choses, on l'a rejetée après en avoir abusé. Aujourd'hui, cependant, malgré le retour à la version podalique, et malgré l'invention du forceps, la craniotomie est pratiquée sur une assez grande échelle, surtout en Angleterre et aux États-Unis, et pour la faire, on a inventé un grand nombre d'instruments. Comme cette opération est une des plus anciennes et des plus importantes de la tocologie, j'ai cra qu'il ne serait pas sans intérêt pour les membres de cette société de venir discuter devant eux les deux questions suivantes : 1<sup>o</sup> Quand doit on faire la craniotomie ; 2<sup>o</sup> Comment doit-on la faire ?

Pour répondre à la première question, il s'élève de suite une difficulté excessivement sérieuse, qui est celle de savoir si on peut faire la craniotomie quand l'enfant est vivant. D'un côté, nous avons presque tous les auteurs modernes de médecine qui répondent dans l'affirmative, tandis que de l'autre, nous avons tous les théologiens qui répondent dans la négative. Ces derniers, outre les raisons de morale sur lesquelles ils s'appuient, ont encore en leur faveur tous les auteurs anciens et même presque tous les auteurs français de la première moitié de notre siècle. En effet, il était si bien reconnu que la craniotomie ne pouvait se pratiquer que lorsque l'enfant était mort que les auteurs arabes ne mentionnaient cette opération que dans le chapitre intitulé, *De extractione fetus mortui*. Dans le *Répertoire général des sciences médicales au XIX<sup>e</sup> siècle*, imprimé en 1836, à l'article, *embryotomie*, on lisait : " Nous ne terminerons pas cet article sans rappeler que l'embryotomie, à laquelle les auteurs anglais et allemands ont souvent recours quand rien n'annonce que le fœtus ait cessé de vivre, et dans le seul intérêt de la conservation de la mère, n'est pratiquée en France, que quand on a toute raison de penser que le fœtus est mort." A peu près dans le même temps, Velpeau s'exprimait ainsi : " L'embryotomie n'est plus admise, que dans le cas où tout annonce que le fœtus est mort ou ne peut vivre." En 1840, Dugès disait : " Le crochet aigu ne peut être appliqué que sur un enfant indubitablement mort. Cette opération ne convient

que quand on a la certitude de la mort de l'enfant." Avant ces auteurs Baudelocque avait dit en parlant de la craniotomie en 1798: " Rien ne saurait excuser le praticien, qui se comporterait ainsi, sans avoir auparavant la certitude de la mort de l'enfant."

Cependant il faut avouer que pendant que ces principes prévalaient en France, il n'en était pas de même en Angleterre et en Allemagne. Dans le premier de ces deux pays, la craniotomie se pratiquait sur l'enfant vivant depuis très longtemps, et au commencement de ce siècle, le Dr Osborn, l'ami et l'associé du bon et savant Denman, ne craignait pas de publier un pamphlet dans lequel il se faisait le champion de cette pratique. Cette manière de voir devint tellement générale parmi les médecins anglais que Ramsbotham, en 1841, parlant de l'opinion de ceux qui étaient opposés à la craniotomie lorsque l'enfant était vivant, dit que cette opinion est diamétralement opposée à la pratique anglaise. De l'Angleterre, elle se répandit d'abord aux États-Unis et parmi les protestants d'Allemagne, puis à mesure qu'on devint moins soucieux des principes de la morale, elle fit son chemin en France, si bien qu'aujourd'hui, elle y est presque généralement enseignée et suivie.

Avant de vous demander de vous prononcer sur cette question, j'ai cru, Messieurs, qu'il ne serait pas inutile de vous mettre sous les yeux les raisons qu'apportent l'un et l'autre parti. Je commencerai par celles des partisans de la craniotomie pratiquée sur l'enfant vivant, telles que je les ai trouvées dans le pamphlet du Dr Osborn, dans Cazeaux, dans Ramsbotham, et surtout dans les écrits de M. Aranzini, auteur catholique d'un certain renom qui a été rédacteur des *acta sanctorum scilicet*, et qui s'est fait l'avocat de cette cause. Les arguments des trois premiers auteurs que je viens de nommer peuvent se résumer dans la page suivante de Cazeaux.

" On ne peut pas se le dissimuler, en effet, l'opération césarienne est le plus souvent mortelle pour la mère, même en admettant comme complètement exactes les statistiques les plus favorables. Ainsi, en mettant de côté les résultats fournis par les chirurgiens de la Grande-Bretagne, qu'on accuse de ne pas pratiquer l'opération au moment opportun, et en supposant qu'on ait mis autant d'empressement à raconter les succès que les cas heureux, on arrive, par l'examen impartial des faits à cette triste conclusion que presque les quatre-cinquièmes des mères ont succombé. Mais au moins cette affreuse opération assure-t-elle la vie de l'enfant? Peut-on, en compensation de tant de souffrances, avoir la conviction de pouvoir offrir à la mère autre chose qu'un cadavre? Malheureusement, il n'est

est rien; et les partisans de la section césarienne sont obligés d'avouer qu'ils ne sont pas toujours assez heureux pour extraire un enfant bien vivant, même alors que l'opération est pratiquée au moment d'élection. J'admets un instant que, pratiquée peu de temps après la rupture des membranes, l'opération permettra toujours de sauver les enfants; il n'y aurait pas, à mon avis, compensation des chances si défavorables qu'on fait courir à la mère. Vous m'accordez que plus de la moitié de femmes succombent, mais pouvez-vous au moins me répondre que plus de la moitié des enfants que vous sauvez par la gastrotomie vivront assez longtemps pour faire oublier les pleurs versés sur leur berceau? Eh bien! lisez les tables publiées jusqu'à présent sur la moyenne de la vie humaine, et dites-moi si sur 100 enfants naissants, 50 atteignent leur trentième année.

Ce n'est donc pas le résultat immédiat de la gastrotomie qu'il faut faire valoir, mais les conséquences éloignées. Ce qu'il y a de certain, c'est que vous sacrifiez immédiatement plus de la moitié des femmes; et ce qui est bien prouvé par l'expérience des siècles, c'est qu'en supposant tous les enfants vivants au moment de leur naissance, vous n'en verrez pas la moitié atteindre l'âge auquel a succombé leur mère. A ne considérer que la question des chiffres, l'avantage serait donc à l'embryotomie. Mais la vie si faible, si incertaine d'un enfant qui ne tient au monde que par sa mère, qui n'a encore ni sentiment, ni affection, ni crainte, ni espérances, peut-elle être comparée à celle d'une jeune femme que mille liens sociaux et religieux attachent à tous ceux qui l'entourent? La survivance de ce pauvre enfant pourra-t-elle combler le vide que laisse la mort de sa mère? Enfin la société peut-elle espérer recevoir jamais d'un enfant naissant les services qu'elle était en droit d'attendre de la mère adulte? L'intérêt de la famille, l'intérêt de la société se réunissent donc pour militer en faveur de la mère. En politique, dit Ramsbotham, si ce n'est en morale, nous sommes pleinement justifiés, de préférer le fort au faible, l'homme sain à l'homme malade, et par conséquent, la mère de famille à l'enfant qui n'est pas encore né, toutes les fois que nous sommes dans la cruelle nécessité de sacrifier l'un ou l'autre. Enfin, il me reste un dernier argument à faire valoir en faveur de la thèse que je soutiens: le plus ancien de tous les principes de morale, la base de toute justice médicale, c'est qu'il faut traiter les malades comme nous nous traiterions nous mêmes ou nos parents les plus chers: eh bien! quel est le médecin qui forcé de choisir en pareil cas entre la vie de sa femme et celle de l'enfant qu'elle porte dans son sein, hésiterait à autoriser le sacrifice de ce dernier?"

A ces considérations, Ramsbotham ajoute que la grande raison de l'opposition des auteurs catholiques à la pratique de la craniotomie quand l'enfant est vivant, venant de l'importance qu'ils attachent à l'administration du baptême, cette opposition devrait cesser, maintenant que l'Église reconnaît la validité du baptême administré au moyen d'injections sur l'enfant dans l'utérus.

Le Dr Osborn prétend que l'enfant dans l'utérus, en perdant la vie par la craniotomie, ne souffre presque aucun dommage, parce qu'alors, il n'éprouve aucune crainte, ni aucune douleur soit mentale, soit physique. Pour lui la sensibilité chez le fœtus est nulle ou presque nulle; et il en conclut qu'on ne saurait accuser de cruauté le médecin qui a recours à la céphalotomie pour sauver la mère.

Ce médecin est de l'opinion d'Alphonse Leroy qui dit que : "La naissance des animaux, n'est qu'un prompt passage d'un mode d'existence à un autre, et que l'enfant dans l'utérus vit d'une vie entièrement végétative."

Pour appuyer sa thèse le Dr Osborn dit que, si l'enfant souffrait des actes de violence nécessités par la craniotomie, il devrait certainement exprimer sa douleur par des efforts ou des mouvements dont la mère aurait conscience, tandis que selon lui, il n'en est jamais rien.

Puis il ajoute : "Ayant prouvé que la perte de la vie pour l'enfant est d'une importance si minime qu'elle équivaut presque à rien, et que ses souffrances corporelles pendant l'opération sont entièrement nulles, il convient maintenant d'examiner quelle est la valeur d'un enfant qui n'est pas encore né pour ses parents et pour la société. Avant la naissance de l'enfant, l'affection maternelle, qui par un des plus sages desseins de la Providence, est une des passions les plus générales et les plus incontrôlables chez la femme, n'existe pas encore; et dans ces circonstances, la malheureuse mère ne fait pas le sacrifice d'une jouissance actuelle et dont elle possède l'objet, mais elle subit seulement le désappointement de la privation d'un plaisir qu'elle attendait et qu'elle espérait."

"Quant à la société, dit-il, la perte d'un enfant doit être d'une importance bien peu considérable, si on se rappelle le grand nombre d'enfants, qui pour différentes causes, meurent avant d'être nés, et si on pense aux périls et aux dangers qui accompagnent l'existence d'un enfant jusqu'à l'âge de deux ans; et si surtout, si on réfléchit combien il a peu de chances de se rendre à un âge où il pourra être utile à ses concitoyens et jouir lui-même des plaisirs du monde."

Un autre auteur dont j'ignore le nom, prétend que la mère



et l'enfant ne forment qu'une seule et même personne; et que comme il est permis et même convenable de sacrifier une partie pour sauver le tout, ainsi l'on doit sacrifier l'enfant qui n'est qu'une partie peu considérable pour sauver la mère qui est le corps principal.

À part ces différents arguments tous tirés plus ou moins, de la politique, comme le dit Ramsbotham, et des sentiments, M. Avanzini a en cherché d'autres dans les enseignements de la théologie. D'après cet auteur, si la femme ne veut pas consentir à subir l'opération césarienne, l'enfant doit mourir; et dans ce cas, en pratiquant la craniotomie, il n'y aurait que le mode de mort de changé, ce qui est peu important, de sorte que le médecin est justifiable de la pratiquer.

Puis répondant à ceux qui prétendent que la craniotomie quand l'enfant est vivant ne doit jamais se faire, parce qu'il n'est pas permis de tuer un innocent, M. Avanzini cherche à prouver qu'en certains cas la chose est licite. Ainsi, dit-il, étant poursuivi par un ennemi qui veut attenter à ma vie, il m'est permis en me sauvant, d'écraser un enfant qui se trouve sur mon chemin: ou encore, je puis tuer un innocent dont un juste agresseur se ferait un boucher; alors pourquoi ne serait-il pas permis de sacrifier l'enfant pour sauver la mère?

Plus loin, il ajoute que si l'enfant est formellement innocent, il est matériellement un injuste agresseur vis-à-vis de sa mère dont il met la vie en danger; or, s'il est permis à quelqu'un de tuer est fou furieux qui menacerait sa vie, il devrait être également permis à la femme de sacrifier la vie de son enfant pour sauver la sienne. Car le fou est aussi formellement innocent que l'enfant, puisqu'il n'est pas responsable de ses actes.

Tel est, Messieurs, en résumé, l'ensemble des raisons apportées par les partisans de la craniotomie quand l'enfant est vivant: voyons maintenant ce que répondent les partisans de l'opinion contraire.

Avant d'aller plus loin, un fait qu'il est important de noter, c'est que tous les théologiens sont unanimes à se prononcer contre l'opération quand l'enfant est vivant. Quand je dis tous les théologiens, je passe par dessus une ou deux voix discordantes et sans autorité; en effet, jusqu'aujourd'hui les partisans de la craniotomie n'ont pu rallier à leur cause parmi ceux qui se sont occupés de théologie, que Théophile Raynaud et M. Avanzini.

Un reproche que l'on fait généralement aux défenseurs de la craniotomie, et qui paraît bien fondé, est celui de déplacer la question. Au lieu de se demander s'il est permis de tuer l'enfant pour soustraire la mère à un grand danger, ils recher-

chent la valeur respective de la vie de l'enfant et de celle de la mère ; puis ils tirent leurs conclusions, faisant ainsi, d'une question de devoir, une question d'opportunité, de politique, de convenance ou de sentiments. De plus, ils affirment sans restriction qu'ils sacrifient l'enfant pour sauver la mère, comme si l'opération laissait toujours la femme saine et sauve. Cependant les statistiques sont là pour prouver que la céphalotomie, non seulement est toujours suivie de la mort de l'enfant, mais aussi qu'elle entraîne souvent celle de la femme ; de sorte que même en suivant les partisans de la craniotomie sur le terrain qu'ils ont choisi, leurs raisonnements ne sont pas aussi forts qu'ils peuvent le paraître au premier abord.

Dans le plaidoyer qu'a fait Cazcaux en faveur de la céphalotomie, nous l'avons vu avancer que l'opération césarienne était suivie de la mort de la femme dans près des quatre-cinquièmes des cas ; et cependant, deux pages plus loin, dans le même ouvrage, il affirme que sur 164 cas, 62 femmes guérissent ; ce qui donne 39 pour cent ou plus d'un tiers de guérisons sur le nombre total. De plus, dans le même chapitre, il rapporte que le Dr Metz, d'Aix-la-Chapelle, a eu sept succès sur huit cas où il a fait l'opération césarienne ; et que cinq autres cas opérés par les Docteurs Vossen, Kesselhaul, Kilian et Gentz ont tous eu un résultat favorable. Ce qui fait douze succès sur treize opérations. Il cite aussi M. Guizard qui a publié trois faits heureux. Aussi Cazcaux est-il obligé d'avouer que l'opération césarienne réussit assez souvent dans les petites villes et surtout à la campagne, et cela dans la proportion de deux sur trois, et même de trois sur quatre. Or si l'opération réussit beaucoup plus souvent à la campagne, l'on devrait en tenir compte pour décider une question aussi grave que celle de la craniotomie pratiquée sur l'enfant vivant, et il ne me paraît pas juste de ne puiser ses renseignements que dans les grandes villes et surtout dans les maternités, où les malades sont plus ou moins entassées et se trouvent dans des conditions hygiéniques défavorables.

Quoique partisan de la craniotomie dans certains cas, même lorsque l'enfant est vivant, Dewees admet que l'opération césarienne est souvent suivie de succès. Figueiria qui est celui qui donne les statistiques les plus considérables sur cette opération, déclare que, sur 790 cas qu'il a pu recueillir, 424 femmes moururent, et que 366 échappèrent à la mort. Churchill dit, que sur 371 cas sur lesquels il a pu avoir des renseignements, 217 se terminèrent d'une manière heureuse pour la femme, et 154 d'une manière fatale. Pihan Dufeuillay déclare que l'opération, faite dans des circonstances favorables, aussitôt qu'on a reconnu l'impossibilité de l'accouchement par les

voies naturelles, donne près de 75 p. 100 de survie. (*Archives gén. de méd.*, 1861.) D'après Baudelocque, sur deux cent trente cas opérés en France et dans d'autres parties de l'Europe, cent trente-neuf femmes ont échappé à la mort, ou près de 65 pour cent; ce qui est loin des vingt pour cent de Cazeaux. Il résulte de là qu'il ne faut pas ajouter une foi trop grande à cet auteur quand il parle des quatre-vingt-cinq cas malheureux, surtout lorsque l'on voit d'autres écrivains également respectables donner des statistiques plus favorables.

Le Dr Porro de Pavie a inventé, il n'y a que quelques années, une méthode de pratiquer l'opération césarienne qui donne un résultat très satisfaisant, elle consiste à enlever, après l'extraction du fœtus, l'utérus et les ovaires. M. S. Tarnier ayant opéré avec succès une femme dans le mois de mars 1879 par cette méthode, en fit rapport à la séance de l'académie de médecine tenue le 29 juillet suivant. Suivant cet éminent praticien, en faisant l'ablation de l'utérus et de ses annexes, on supprime les deux causes les plus fréquentes de la mort après l'opération césarienne: 1<sup>o</sup> l'hémorrhagie interne qui survient par la plaie utérine quelques minutes ou quelques heures après l'opération; 2<sup>o</sup> l'épanchement des lochies et du pus dans le péritoine, origine fréquente de péritonites mortelles. Enfin on supprime aussi et la plaie de l'utérus et celle de la surface d'insertion du placenta.

Après avoir rapporté ce fait, le journal de médecine, *Le Practicien* ajoute les réflexions suivantes: "L'opération de Porro a été déjà pratiquée vingt-neuf fois depuis le 21 mai 1876, et a donné quinze succès. M. Tarnier qui croit être le premier qui l'a faite en France, pense qu'elle est appelée à juste titre à prendre rang dans la chirurgie. Elle est certes supérieure, comme résultat, à l'opération césarienne ordinaire, et si elle semble avoir le désavantage de supprimer les organes de la génération, il faut reconnaître que, par cela même, elle supprime une cause de danger futur, en même temps qu'elle remédie à un péril immédiat.

La céphalotripsie, préférée jusqu'ici par la plupart des accoucheurs et par M. Tarnier lui-même, voit sa supériorité ébranlée par cette observation. Il est certain que l'hésitation est permise dans les cas de rétrécissement moyen du bassin qui permettent, à la rigueur, à la femme d'avoir d'autres enfants vivants. Mais si le rétrécissement du bassin dépasse 66 millimètres, la céphalotripsie qui sacrifie naturellement tous les enfants, ne sauve qu'environ la moitié des femmes. L'opération de Porro, tout en sauvant aussi la moitié des femmes, sauverait aussi tous les enfants, si l'on a le soin d'opérer de

bonne heure. Si l'on attend, au contraire, on sacrifie inutilement la vie de l'enfant, et l'on compromet gravement celle de la mère."

Ces résultats heureux suivant l'opération césarienne n'auront pas lieu de surprendre, si on considère le grand nombre d'opérations de gastrotomie qui ont été faites avec succès depuis quelques années. Péan, à Paris, en a fait plusieurs centaines avec une moyenne de succès d'à peu près de quatre-vingt sur cent. Spencer Wells, à Londres en a fait plus d'un millier avec les mêmes heureuses conséquences. On objectera peut-être que la plus grande partie de ces opérations n'étaient pas d'une nature aussi grave que l'opération césarienne, et qu'elles n'ont été faites que pour l'extraction de tumeurs ovariennes qui se trouvaient placées d'une manière superficielle dans l'abdomen. Cependant, les journaux de médecine ont rapporté très souvent des cas d'ablation de tumeurs placées profondément dans la cavité abdominale et attachées aux organes les plus importants, souvent même elles étaient si adhérentes à l'organe que le chirurgien a été obligé d'extraire ce dernier avec la tumeur. Ainsi dans la *Gazette hebdomadaire* du 19 octobre 1879 on voit que M. Tillaux a rapporté à l'académie de médecine un cas d'hystérotomie, qu'il avait opérée pour un fibrome volumineux, qui mettait la vie de la malade en grand danger, et que l'opération a été suivie d'une guérison complète.

De plus, il est bon de remarquer que ces tumeurs durent souvent depuis longtemps, que souvent aussi elles ont opérés des dérangements dans les organes voisins, qu'il s'est formés des adhérences qui rendent leur extraction plus difficile et plus dangereuse, de sorte qu'en moyenne, on peut dire que l'opération césarienne, faite dans les cas instances ordinaires, n'offre pas plus de risques que leur ablation, surtout si elle est pratiquée d'après la méthode de Porro.

La craniotomie n'est pas aussi inoffensive pour les femmes que ses partisans se plaisent à le répéter; et quand ils disent qu'ils sacrifient l'enfant pour sauver la mère, ils font un aveu qu'il leur serait très difficile de prouver. Ils sacrifient l'enfant bien certainement; mais sauvent-ils la mère aussi souvent qu'ils le prétendent? Les faits ne semblent pas leur donner raison. Baudelocque dit que plus de la moitié des femmes sur lesquelles on a opéré la cephalotomie sont mortes. Dewees paraît adopter cette opinion. Schroder, partisan de la craniotomie dit: "Si l'opération est le plus souvent suivie d'un résultat funeste, c'est parce qu'elle n'a été pratiquée qu'après que l'on a essayé de terminer l'accouchement par des tentatives exagérées et trop longtemps prolongées avec le forceps, et que

l'on n'a pu y parvenir." Cet auteur admet donc que la craniotomie, est le plus souvent fatale à la mère, quoiqu'il cherche à expliquer cette fatalité par des causes qui lui sont étrangères, Et *Le Praticien* dans l'extrait cité plus haut admet sans restriction que la céphalotripsie ne sauve que la moitié des femmes.

Le Dr Osborn et plus tard Cazeaux, pour prouver le peu de valeur de la vie du fœtus, se sont appuyés sur le grand nombre d'enfants qui meurent avant leur naissance et surtout avant de se rendre à un âge assez avancé pour être utile à la société, et pour jouir eux mêmes de ses bienfaits. On peut leur répondre avec Dewees que cet argument loin d'être en leur faveur, est contre eux; car si malheureusement, il meurt un grand nombre d'enfants dans le sein de leur mère et quelque temps après leur naissance, le médecin doit faire tout ce qui est en son pouvoir pour diminuer ce nombre. Or par la craniotomie, on obtient justement l'effet contraire.

La comparaison que ces deux auteurs font entre une jeune mère de famille "que mille liens sociaux et religieux attachent à tous ceux qui l'entourent et un enfant qui n'est pas encore né" et des services que l'un et l'autre peuvent rendre à la société peut n'être pas toujours juste. Car, qui peut dire si cet enfant sacrifié à l'intérêt de la mère, ne serait pas un jour un bienfaiteur ou une gloire pour son pays ou pour l'humanité toute entière? Quel malheur pour le monde si les inventeurs de la télégraphie, de l'imprimerie, des machines à vapeur ou d'autres inventions aussi utiles, s'étaient trouvés dans les circonstances voulues par les partisans de la craniotomie, et eussent été sacrifiés pour sauver leur mère du danger de l'opération césarienne!

Quand Cazeaux s'adressant à ses confrères s'écrie: "eh bien! quel est le médecin qui forcé de choisir en pareil cas entre la vie de sa femme et celle de l'enfant qu'elle porte dans son sein hésiterait à autoriser le sacrifice de ce dernier," il est évident qu'il fait appel à leurs sentiments et non à leur conscience, quoiqu'il prétende s'appuyer sur un des grands principes de la morale. On pourrait lui répondre par la question suivante: Quel est le médecin qui consentirait à enfoncer dans le crâne d'un enfant dans son berceau, un instrument meurtrier pour sauver la mère de cet enfant d'un grand danger? Il est tout probable que Cazeaux et ses amis répondraient que pas un médecin ne voudrait se rendre coupable d'un acte de cruauté semblable, et se faire le bourreau d'un pauvre petit innocent, dont la faiblesse même constitue un titre à la protection de la société; et cependant, c'est ce qu'ils conseillent quand ils recommandent de pratiquer la craniotomie sur l'en-

fant vivant pour soustraire la mère au danger de l'opération césarienne. La seule différence qui existe, c'est que dans un cas, l'enfant est dans l'utérus, et dans l'autre, il est dans son berceau.

Lorsque Ramsbotham dit que l'église reconnaît la validité du baptême administré au moyen d'injections dans l'utérus, il commet une inexactitude bien pardonnable, il est vrai, pour un protestant; la validité du baptême est admise alors comme probable et non comme certaine; et c'est pourquoi les théologiens conseillent toujours de rebaptiser l'enfant sous condition après sa naissance. D'ailleurs, il n'est pas plus permis de tuer un être baptisé que celui qui ne l'est pas; la seule différence qui existe dans l'un et l'autre cas consiste dans la gravité de l'offense: donner volontairement la mort à un innocent est toujours un crime.

Le Dr Osborn fait une assertion toute gratuite quand il affirme que le fœtus est insensible. Une foule de faits prouvent le contraire. "Il n'est pas vrai, dit Blundell, que le fœtus soit privé de sensibilité, comme quelques-uns l'ont imaginé et comme l'accoucheur pourrait le désirer, quand il est pour se servir du perforateur. En faisant la version, j'ai introduit le doigt dans la bouche du fœtus pour voir s'il sucrait. Dans deux circonstances, chaque enfant a sucé aussi fort avant la naissance qu'après montrant par là qu'il ressentait le sentiment de la faim, et qu'il s'apercevait de la présence de mon doigt."

Dewees rapporte que pendant une opération de craniotomie à laquelle il a assisté, la mère déclara, sans qu'on le lui demandât, que ce qui l'affectait le plus, c'était les douleurs et les combats de son enfant. Il est vrai que dans un grand nombre de cas, ces combats peuvent passer inaperçus, parce qu'après l'écoulement des eaux, l'utérus se contracte sur le fœtus avec une telle force, qu'il est impossible à ce dernier de faire le moindre mouvement.

Prétendre que la vie du fœtus est tout à fait végétative et qu'il n'a pas plus de sensation qu'une plante, est complètement absurde. Car, dit Dewees, avancer que la vie du fœtus dans l'utérus est végétative et qu'elle est animale après sa naissance, n'est ce pas jouer sur les mots? Quelqu'un a-t-il jamais démontré une différence dans la qualité du principe vital dans ces deux conditions de la vie de l'enfant? La différence ne consiste-t-elle pas entièrement dans la manière dont ce principe est conservé? Ou en d'autres termes, les mêmes principes ne sont-ils pas nécessaires à la conservation de la vie avant et après la naissance?

Quand l'enfant est dans l'utérus peut-il plus vivre sans circu-

lation, sans oxigénation du sang et sans nutrition qu'après sa naissance? J'avoue que ces choses essentielles à son existence se font d'une manière différente; mais leur nature et leur importance sont les mêmes. Retranchez au fœtus dans l'utérus, pendant un certain temps, l'une de ces fonctions, il mourra certainement, tout comme il mourrait si la chose arrivait après sa naissance.

Au point de vue de la morale, le crime de celui qui détruit avec intention la vie du fœtus est le même, qu'il appelle cette vie végétale ou animale; et on ne doit pas chercher à la déprécier ou se laisser entraîner à la détruire sans raison, en lui donnant des noms qui n'ont pas de sens défini. De plus, que les noms que l'on donne à la vie du fœtus ait un sens clair et précis, ou non, au point de vue moral, sa destruction doit toujours être considéré comme un crime."

Pour ce qui est de l'affection maternelle, quand le Dr Osborn déclare qu'elle n'existe pas avant la naissance, il se trompe grandement; et il faut qu'il ait eu bien peu d'expérience dans sa profession ou qu'il ait été bien préjugé pour faire cet avancé. Car comment expliquer tous les sacrifices que s'imposent les mères pour arriver heureusement à la fin de leur grossesse? Quel n'est pas leur chagrin et leur douleur quand un accident fait que le produit de la conception vient au monde privé de la vie? Si ces sentiments ne sont pas dus à la tendresse maternelle le Dr Osborn aurait du dire d'où ils proviennent.

Quant à l'auteur inconnu qui prétend que la mère et l'enfant ne font qu'une seule et même personne, le bon sens commun en a fait prompt justice; il est si clair et si évident qu'ils forment deux personnes distinctes qu'il est presque inutile de réfuter cette opinion. En effet la mère et l'enfant ont chacun une âme et chacun un corps parfaitement distincts; et si le fœtus tire sa subsistance de sa mère, il ne fait que ce qu'il fera encore pendant assez longtemps après sa naissance. Or il n'est jamais venu à l'idée de personne de dire que l'enfant qui est au sein de sa mère ne forme qu'une même personne avec elle.

Maintenant supposons que la vie de la mère a une valeur bien plus grande que celle du fœtus, que ce dernier ne possède aucune sensibilité, et qu'il n'éprouve pas plus de douleur corporelle que de douleur mentale; que, fut-il extrait du sein de sa mère par l'opération césarienne, il n'a presque aucune chance de vivre au delà de deux ans, que l'affection maternelle n'existe pas avant la naissance de l'enfant; supposons encore que la craniotomie est presque toujours suivie d'un résultat heureux pour la mère, tandis que l'opération césarienne lui est le plus souvent fatale, et demandons aux théologiens s'il est permis de

tuer l'enfant pour sauver la mère? Tous sont d'accord à répondre : *non licet*. Il n'est jamais permis d'enlever la vie à l'innocent; ce droit n'a été accordé ni aux rois, ni aux empereurs, ni aux gouvernements: Dieu se l'est réservé pour lui seul. Quand bien même le salut de tout un peuple dépendrait de la mort d'un juste, personne n'aurait le droit de mettre ce juste à mort. Ainsi une ville considérable est assiégée par un ennemi qui la presse de tous côtés; elle est privée de vivres, et si elle n'est pas prise d'assaut, la famine va décimer ses habitants. Dans ces circonstances, le commandant de l'armée assiégeante fait savoir aux assiégés qu'ils aient à faire mourir un de leurs concitoyens, sinon qu'il va tous les passer au fil de l'épée ou les laisser mourir de faim. Les assiégés pour se sauver d'une ruine certaine ont-ils le droit de faire mourir ce concitoyen? Les moralistes sont unanimes à répondre dans la négative, parce que dans aucun cas, il n'est permis de tuer un innocent. Si pour sauver une multitude considérable, la morale défend de faire périr un innocent, à plus forte raison le défend-elle quand il ne s'agit que du salut d'une seule personne comme dans la craniotomie.

(à suivre)

---

### Leçon Clinique

Donnée aux Elèves de l'Université-Laval, à l'Hôpital Notre-Dame,  
Par A. T. BROUSSEAU, Prof. de Clinique Chirurgicale.

(Suite et fin.)

Afin de vous faciliter l'étude des hernies étranglées permettez-messieurs que je vous fasse un exposé succinct de leur étiologie, de leur diagnostic et de leur traitement.

J'ai consulté sur le sujet les incomparables traités de MM. Gosselin, Duplay, Erichsen et Bryant. Nous commencerons par décrire ce que l'on entend par *agent* de l'étranglement herniaire.

Ses dimensions varient, de même que sa forme, celle-ci donne au doigt la sensation d'une bride circulaire tranchante, ou le point rétréci présente une certaine longueur et paraît comme canaliculé, ou l'obstacle ne paraît siéger que sur un point du contour que l'on appelle *vive arête*.



L'orifice est quelquefois si étroit que l'on peut à peine y introduire une sonde.

Le pédicule de la hernie est embrassé par le collet qui lui, est entouré par les anneaux fibreux. On a cru pendant longtemps que ces anneaux fibreux (les piliers de l'oblique externe ligament de Gimbernat) anneau ombilical étaient seuls agents de la constriction.

Mais plus tard on s'aperçut qu'il fallait parfois débrider sur le collet du sac, de là la théorie de l'étranglement par le collet du sac.

Une troisième opinion a été soutenue, c'est que la constriction était opérée par des anneaux accidentels, par exemple dans la hernie crurale, les orifices du fascia cribriformis.

Ces trois opinions ont été soutenues par des hommes non moins célèbres que Dupuytren, Malgaigne, Velpeau, Richet, Gosselin.

M. Duplay prétend, avec raison, je crois, que chacune de ces théories a été défendue d'une façon trop absolue et qu'il est plus sage d'admettre que les diverses parties qui environnent le pédicule de la hernie, contribuent chacune pour une part plus ou moins large, à l'irréductibilité.

Par exemple, une hernie que l'on réduit facilement en ne faisant que le débridement externe, sans ouverture du sac, n'était certainement pas étranglée par le collet du sac, ou par les anneaux accidentels, et c'est chose que l'on voit souvent dans la hernie crurale où la constriction est due, soit au ligament de Gimbernat ou au fascia cribriformis.

On peut poser comme axiome que le chirurgien ne doit diviser que juste ce qui est nécessaire à une réduction complète.

Il doit cependant s'assurer, avant de réduire que tout étranglement a été détruit dans le sac comme en dehors.

Quant au résultat de l'opération, il y a tant de différence entre le débridement externe seul et l'ouverture du sac, que certains chirurgiens (Bryant entre autres) appellent le débridement externe "*l'opération mineure*" et le débridement avec ouverture du sac "*l'opération majeure*."

Ils ajoutent même que la kélotomie sans ouvrir le sac, ne donne du taxis que par l'incision de la peau, et c'est pourquoi ils conseillent d'opérer de suite après un taxis inefficace dans les hernies qui s'étranglent dès le moment de leur sortie de la cavité abdominale et par conséquent avant la formation d'un collet résistant.

On conseille aussi d'opérer de suite après un taxis infructueux dans les hernies anciennes afin d'éviter les suites de l'inflammation que ce taxis peut causer.

L'étranglement peut avoir lieu au moment de la première descente d'une hernie, mais plus généralement cela arrive quand elle a existé durant des années, quinze ou vingt ans.

Le mécanisme de l'étranglement est le suivant, un violent effort pousse l'intestin au dehors, puis les gaz ou les matières fécaloïdes s'engagent dans cet intestin et augmentent considérablement le volume, delà l'étranglement.

Ou bien encore, l'épiploon et l'intestin s'enflamment, et augmentent de volume, de la résulte une disproportion entre les parties herniées et les contours résistants, de même que le doigt atteint de panaris s'étrangle sur l'anneau laissé autour de lui.

Parmi les symptômes de l'étranglement herniaire, il en est qui se présentent toujours et qui doivent être regardés comme pathognomoniques, tandis qu'il en est d'autres qui ne se montrent que rarement.

Le mode d'apparition, la succession, l'intensité des symptômes présentent des différences qui font varier, le début, la marche et la terminaison de l'étranglement.

Souvent la tumeur a une dureté telle qu'elle donne le sensation d'un corps solide.

Cette dureté qui est due à l'extrême distension du sac est plus commune dans les petites que dans les grosses hernies.

Ordinairement la hernie étranglée donne un son mat à la percussion; certaines hernies volumineuses sont cependant trésonores en raison de la quantité de gaz contenus dans l'intestin.

La constipation n'a de valeur diagnostique qu'à partir des vingt-quatre premières heures: car il est reconnu que beaucoup de malades éprouvent le besoin d'aller à la selle aussitôt l'étranglement produit et expulsent en une ou deux séances le contenu de l'intestin qui siège au-dessous de l'étranglement.

Ou appelle étranglement *aigu* celui dans lequel les symptômes se montrent durant les deux premiers jours, et *chronique* ou *lent* celui dans lequel les phénomènes caractéristiques ne se montrent qu'au bout de quatre ou cinq jours. La première de ces variétés correspond surtout à l'étranglement des petites hernies, la seconde à celui des moyennes ou des grosses; il est aussi un bon nombre d'étranglements qui présentent des aggravations et des remissions.

La tumeur ne reçoit pas l'impulsion déterminée par la toux dans une hernie étranglée. Il y a affaiblissement du pouls, diminution notable de la colorification, la face devient grippée. La constipation n'est pas aussi opiniâtre dans l'épiplocèle que dans l'entéroccèle, cependant le traitement doit être le même, puisque la terminaison sera la même, la péritonite.

L'étranglement abandonné à lui-même se termine par la mort ou par un anus contre nature.

Le diagnostic des hernies est souvent difficile. Le malade dit qu'il va à la garde-robe ou il ignore qu'il a une hernie ou il porte depuis longtemps une hernie irréductible et il a momentanément une constipation, etc., etc., autant de sujets de confusion qui ne serait pas sur ses gardes. Dans la péritonite la sensibilité du ventre est plus étendue, plus vive, la constipation n'est pas absolue. Dans ces cas douteux on a proposé d'avoir recours au purgatif *d'exploration* ou encore au taxis avec chloroforme.

Il y a moins d'inconvénients à croire à un étranglement qui n'existe pas et agir en conséquence, qu'à méconnaître un étranglement qui existe réellement. Souvent l'erreur est due à la légèreté avec laquelle le médecin examine son malade.

Rien ne saurait excuser un médecin qui en présence d'un patient qui vomit, ne va pas à la selle et dont le ventre se ballonne, néglige d'explorer le pli de l'aîne, l'ombelic et les autres régions qui peuvent donner passage aux hernies.

Bien des malades peu soucieux de leur personne ne savent dire si leur tumeur était réductible ou irréductible, mais s'ils ont déjà porté un bandage, il est à présumer que la hernie était réductible. Le chirurgien doit aussi savoir si la tumeur contient de l'intestin, de l'épiploon, ou les deux à la fois.

La sonorité et le gargouillement indiquent à coup sûr la présence de l'intestin. On reconnaît l'épiploon à sa consistance lobulée, à l'existence dans le ventre d'une corde épiploïque à laquelle Velpeau attribuait une grande valeur diagnostique.

Il n'est pas toujours facile de dire si une hernie est étranglée ou si elle n'est qu'enflammée. Dans le premier cas les symptômes de l'étranglement prévalent, tandis que dans le second, les phénomènes locaux, de même que la réaction générale sont ceux de l'inflammation, dans l'inflammation il y a harmonie dans l'aggravation ou l'amélioration de ces symptômes locaux et généraux.

#### TRAITEMENT DE L'ÉTRANGLEMENT HERNIAIRE.

En présence d'un étranglement herniaire, l'indication capitale est de lever l'étranglement soit par le taxis soit par la kilotomie.

Le taxis est d'origine fort ancienne, mais les anciens chirurgiens dépourvus de l'anesthésie, de la résolution chloroformique étaient obligés de la pratiquer pendant un temps fort long,

d'où résultaient de grands dangers, œchymoses, perforations, péritonite.

Il est prouvé depuis longtemps que le chloroforme rend le taxis beaucoup plus facile et plus efficace, cependant nous voyons encore souvent des médecins ne pas tirer parti de cet incomparable avantage, faire souffrir leurs malades et échouer dans leur tentative.

Posons donc en principe que dans tous les cas difficiles le taxis ne doit être pratiqué qu'avec l'aide de l'anesthésie complète et qu'un médecin qui en priverait son malade serait grandement blamable.

Voici comment le taxis doit être pratiqué.

Placer le sujet de telle façon que ses parois abdominales soient complètement relâchées, position horizontale, tête élevée, cuisses fléchies, etc.

Le chirurgien saisit entre le pouce et les premiers doigts de la main gauche le pédicule de la hernie, de manière à l'entourer, à l'effiler et à l'éloigner légèrement de l'anneau; puis il saisit de la main droite, à pleine main, le corps de la hernie sans presser sur le fond du sac, et avec les doigts et le pouce qui embrassent la tumeur, il cherche à en saisir le contenu et à le faire pénétrer dans l'anneau par une pression méthodique.

Les doigts de la main gauche ainsi disposés empêchent les viscères de s'étaler et s'aplatir autour de l'orifice. Si les premiers efforts sont infructueux, il faut varier la position des doigts et la direction des pressions.

Les pressions doivent toujours être plus énergiques de la part de la main qui refoule la hernie que de celle qui étire le pédicule.

Maisonneuve a cherché à *pédiculiser* les hernies en en roulant autour du pédicule, deux ou trois tours très serrés d'une bande en caoutchouc, puis le reste de la bande autour du corps de la hernie—ce procédé produit souvent une détente subite, qui indique que la réduction vient de s'opérer.

Lannelongue conseille de comprimer d'une façon continue la paroi abdominale en y plaçant un sac à plomb. D'autres conseillent de mettre les deux pouces de chaque côté du collet du sac et d'exercer des pressions de manière à refouler dans le canal les parties qui sont immédiatement au-dessus de lui.

A bout de ressources, on peut encore essayer l'ancienne méthode d'inversion du malade par laquelle les jambes du patient sont passées sur les épaules d'un aide, le corps ne reposant sur un lit que par la tête et les épaules; les muscles du ventre sont ainsi fléchis, détendus, les viscères s'étalent sur le diaphragme et le refoulent sur la poitrine—la masse intestinale

exerce alors une traction sur la partie étranglée qui suffit souvent à la dégager.

Il ne faut faire rentrer par ce procédé qu'un intestin dont l'état n'est pas du tout suspect.

Le chirurgien peut être trompé par une fausse apparence de réduction, cela vient de ce que les pressions ont refoulé tout à la fois et la tumeur et les plans musculaires sur lesquels celle-ci reposait. En pédiculisant bien la hernie avec les doigts et le pouce de la main gauche, comme nous l'avons indiqué, on évite cette fausse apparence de réduction.

On évitera aussi cette erreur en s'assurant que les anneaux et le trajet inguinal sont bien libres après la réduction.

Si les malades sont soumis à des tentatives inconsidérées de réduction, l'intestin est ensuite prédisposé à l'inflammation et à la gangrène.

Certains médicaments, tels que la saignée, les vomitifs, le tabac, la belladone, l'opium, étaient employés autrefois en même temps que le taxis, mais ils doivent être proscrits du traitement des hernies étranglées comme inutiles ou dangereux, le chloroforme vaut mieux à lui seul que tous ces médicaments réunis. Les purgatifs sont trop fréquemment employés encore de nos jours, ils sont plus nuisibles qu'utiles, ils doivent être réservés aux cas où il s'agit de s'assurer que l'on n'a point affaire à un étranglement véritable.

Les cataplasmes émollients, les pommades belladonnées amènent parfois une détente qui facilite la réduction ainsi des bains prolongés.

Les compresses froides, vessies de glace ont semblé dans quelques cas exercer une heureuse influence, mais elles doivent être de courte durée.

Nous devons signaler comme inutiles ou dangereux l'introduction d'une canule dans le rectum, les injections forcées, l'introduction de la main, etc.

La ponction avec le trocart de l'aspirateur est dans quelques cas, un adjuvant utile au taxis, mais elle s'est souvent montrée inefficace.

Lorsque le taxis a échoué, on ne possède plus que la kélotomie pour lever l'étranglement et obtenir la réduction.

Elle doit même être pratiquée d'emblée et sans taxis préalable lorsque l'intestin est soupçonné de porter de sérieuses lésions. La kélotomie est donc au plus haut degré une opération d'urgence à laquelle doivent être préparés tous les médecins.

## MANUEL OPÉRATOIRE.

Quand le malade vient d'être endormi pour subir le taxis, il y a avantage à prolonger l'anesthésie pour faire la kélotomie.

Le chirurgien dispose sur une table les instruments requis, bistouris, droit, boutoné, courbe, pinces hémostatiques, etc.

L'incision de la peau doit dépasser en haut le point au niveau duquel on pense trouver l'agent de l'étranglement : elle est faite suivant le grand axe de la tumeur.

En dessous de la peau on trouve quelquefois un tissu cellulaire abondant, d'autres fois des couches lamelleuses superposées, que l'on divise en glissant au-dessous une sonde cannelée.

On est averti que l'on approche du sac quand on est en présence d'une couche fibreuse présentant une *couleur foncée, vineuse ou noirâtre*. C'est l'intestin que l'on aperçoit au travers du sac. On est sûr de ne pas être arrivé sur le sac tant que la couleur des tissus est celle du *tissu graisseux*. Avouons cependant que dans certains cas il est difficile de bien reconnaître le sac : on le divise sans s'en apercevoir, et alors tous les assistants crient : " Ah ! c'est lui."

Avec des pinces à disséquer on saisit une faible portion de l'épaisseur de cette couche et on y fait en dédolant une petite incision par laquelle on introduit la sonde cannelée. L'ouverture est agrandie en haut et en bas, et l'on découvre alors l'intestin qui est d'un rouge vineux ou d'un brun noirâtre. On le reconnaît aisément par sa renitence et par sa forme caractéristique.

Le chirurgien procède alors à la recherche de l'agent de l'étranglement, il glisse son doigt dans l'intérieur du sac jusqu'à ce qu'il se sente arrêté par un contour fibreux, rigide, au niveau duquel l'intestin paraît étroitement serre comme dans un anneau.

La section de cette anneau constitue le *débridement*.

On se sert d'un bistouri boutoné (celui de Couper) que l'on glisse sur l'index gauche qui protège en même temps l'intestin.

On fait le débridement par quelques légers mouvements de va et vient, ou si l'instrument est bien effilé, une simple pression suffit ; par la simple pression on ne coupe que les parties tendues, donc moins de danger de blesser les vaisseaux. Une sensation de craquement fibreux perçue par le doigt indique que l'anneau contracteur a cédé.

Depuis que l'on a abandonné les longues incisions des chirurgiens anciens, on s'effroye moins du danger d'hémorrhagie.

Un débridement de quelques millimètres suffit en effet, dans

le plus grand nombre de cas. S'il ne paraît pas donner assez de place on peut faire une ou deux autres petites incisions, ou chercher à dilater avec le doigt ou avec un instrument moussé, par exemple une paire de pinces que l'on introduit fermes et que l'on retire en les ouvrant.

Lorsqu'on a débridé l'agent de l'étranglement il ne reste plus qu'à réduire l'intestin, s'il ne présente aucune lésion grave, il faut examiner avec grand soin l'anneau hernié et surtout le contour de la portion serrée. dans ce but on l'attire légèrement au dehors afin de juger de sa coloration, sa consistance, son odeur. Le chirurgien doit ensuite comprimer légèrement l'intestin afin de faire passer son contenu dans les bouts supérieur et inférieur. puis repousser successivement les parties les plus voisines de l'anneau. Le plus souvent la réduction s'effectue d'abord lentement puis termine brusquement.

L'affaîssissement et la coloration livide de l'intestin sont les signes les plus certains de gangrène.

Un diagnostic précis de la variété de hernie indiquera le sens suivant lequel doit s'opérer le débridement.

Grâce à la précision plus grande du diagnostic aux petits débridements multiples, à la dilatation des anneaux pratiquée avec le doigt ou un instrument moussé. On n'a plus guère aujourd'hui à redouter les hémorrhagies. On ne doit pas manquer de prescrire aux sujets guéris d'une hernie étranglée par la kélotomie de porter un bandage, car l'observation prouve qu'une nouvelle hernie se montre fréquemment dans le point même qu'occupait la première.

Dans bon nombre de cas, la mort, après une kélotomie, survient par le fait d'une péritonite résultant de l'ouverture de la cavité péritonéale. On a donc cherché depuis très longtemps à éviter ce danger en ne débridant que les anneaux fibreux. Ce débridement dit *externe* n'intéresse pas du tout le péritoine et donne plus des trois quarts de guérisons, tandis que l'opération avec ouverture du sac n'en donne guère plus de la moitié.

Cette opération est des plus simples; après avoir incisé les enveloppes jusqu'au sac, on glisse entre les anneaux et le collet du sac, un bistouri avec lequel on débride l'orifice fibreux du trajet herniaire.

La réduction aura lieu par le taxis, vu l'agrandissement qu'aura subi le collet aussitôt après qu'on aura débridé l'anneau fibreux.

Si cette pratique reste inefficace c'est-à-dire si le contenu de la hernie résiste aux tentatives de réduction on divine ensuite le sac.

Il est bien entendu que l'on peut tenter la kélotomie sans

*division du sac* que lorsqu'on est bien certain de l'intégrité des viscères herniées.

Quand l'étranglement a existé durant trois ou quatre jours ou même après deux jours s'il a été très serré il faut de toute nécessité ouvrir le sac afin de voir l'intestin et s'assurer de son état.

Les statistiques publiés par Malgaigne, Gosselin et d'autres prouvent que la gravité de l'opération dépend principalement du retard qu'on met à y avoir recours : que l'opération en elle-même n'est pas grave, que les malades meurent bien plus de l'évolution pathologique qui a débuté avec l'étranglement ou des effets d'un taxis imprudent, que traumatisme opératoire et de ses suites.

Ainsi, il vaut mieux ne pas aggraver ces lésions par un *taxis trop énergique et trop prolongé* et avoir recours à l'opération sans ouverture du sac, il est surtout de la plus haute importance que l'opération soit pratiquée le plus tôt possible.

En un mot le chirurgien appelé auprès d'un malade atteint d'étranglement herniaire ne doit le quitter qu'après avoir levé l'étranglement soit par le taxis soit par la kélotomie.

Après l'opération comme après le taxis, les anciens chirurgiens voulant à tout prix obtenir la liberté du ventre dès les premières heures prescrivait un purgatif.

Cette pratique était bien propre à fatiguer le malade déjà épuisé et à favoriser le développement d'une péritonite latente. Aussi aujourd'hui on croit qu'il est plus avantageux de diminuer les contractions intestinales en administrant de l'opium. Dans la majorité des cas cependant, on s'en tiendra à l'expectation pure et simple. On attendra les évacuations spontanées jusqu'au troisième ou quatrième jour, alors on est autorisé à les provoquer au moyen d'un purgatif.

C'est surtout quand il y a douleur du ventre éréthisme nerveux, symptômes de péritonite commençante qu'on doit donner de l'opium à doses fractionnées dans le but de tenir l'intestin en repos.

Messieurs, pour vous faciliter l'intelligence de ce sujet toujours difficile des étranglements herniaires, je ne saurais mieux faire que de vous citer en partie le résumé qu'en donne M. Duplay dans son excellent traité de pathologie externe. "*Résumé général des indications que présente les hernies.*"

"Il est peu d'affections chirurgicales qui laissent autant à l'imprévu que l'étranglement herniaire. Mais les conditions différentes que présente chaque cas en particulier s'effacent devant les indications générales, qui peuvent être établies avec une grande précision pour les diverses catégories où l'on peut



ranger tous les faits. Le *volume* de la hernie et la *durée* de l'étranglement sont les deux conditions principales auxquelles le chirurgien devra avoir égard dans le traitement de l'étranglement herniaire.

"Supposons donc successivement les cas suivants; la hernie est petite, moyenne ou volumineuse et nous verrons pour chacun d'eux comment il faut se conduire suivant l'ancienneté de l'étranglement.

#### LA HERNIE EST PETITE.

"Si l'on est appelé dans les vingt-quatre, dans les trente-six heures au plus à partir du début des accidents. On n'a guère à craindre l'existence des lésions graves de l'intestin.

"Le malade sera placé dans l'anesthésie chloroformique et l'on essaiera un taxis méthodique et suffisant pendant un temps qui n'excédera pas vingt minutes. Les efforts de réduction restent-ils infructueux, on procédera immédiatement à l'opération.

"Le chirurgien évitera d'abord d'*ouvrir le sac*, et il cherchera à réduire après avoir pratiqué le débrièvement externe seulement. S'il n'y pouvait parvenir, il ouvrirait le sac et terminerait l'opération par le procédé ordinaire.

"2<sup>o</sup> Lorsque 36 heures se sont écoulées, les chances de gangrène ou de perforation intestinale augmentent; donc, tentatives de taxis très modérées et très courtes, puis recourir aussitôt à l'opération.

"A cette date il n'est pas prudent de tenter la réduction sans ouvrir le sac.

"3<sup>o</sup> Lorsque 48 heures se sont écoulées depuis le début des accidents, la crainte de réduire un intestin perforé ou gangréné doit déterminer le chirurgien à proposer et à pratiquer immédiatement l'opération avec ouverture du sac, sans aucun taxis préalable. On se contente alors de s'assurer par quelques manipulations très ménagées que la tumeur présente bien la tension et l'irréductibilité qui caractérisent les hernies étranglées.

"On ne saurait assez répéter que lorsque la hernie est petite surtout, le chirurgien ne doit pas quitter le malade avant que la hernie soit détruite.

#### LA HERNIE EST DE MOYEN VOLUME.

"Si les phénomènes de l'étranglement sont bien caractérisés, on devra se conduire comme dans le cas précédent, c'est-à-dire pratiquer l'opération aussitôt après avoir eu recours au taxis

avec chloroforme. Celui-ci, suivant le volume de la tumeur et l'étroitesse présumée de l'étranglement, peut être tenté jusqu'au troisième et même jusqu'au quatrième jour.

“ Le taxis infructueux doit être aussitôt suivi du débridement externe, s'il est possible, du débridement, après l'ouverture du sac, si le premier échoue.

“ C'est à l'opération avec ouverture du sac qu'il faudra toujours avoir recours après le troisième jour.

“ Mais si une hernie de moyen volume présentait des phénomènes fonctionnels peu accusés, donnant à présumer que le sac ne contient que de l'épiploon, et si ces accidents ne remontent pas à plus de 48 heures, on pourrait dans ce cas avoir recours au purgatif d'exploration, à la condition expresse de pratiquer le taxis, puis l'opération, si au bout de cinq ou six heures le purgatif n'avait amené aucun effet.

“ L'absence de garde-ropes surtout d'émissions gazeuses par l'anus, les vomissements joints à la consistance de la tumeur suffisent à établir la présence de l'intestin et son étranglement.

“ Lorsque la hernie est très volumineuse, le pronostic de l'opération est si constamment fatal qu'on est autorisé à la différer le plus longtemps possible. Dans ce cas seulement, il est permis d'avoir recours plusieurs fois à un taxis modéré, auquel on joindra l'influence de la position, l'application de glace sur la tumeur, l'usage des bains prolongés, les purgatifs administrés en lavements ou à l'intérieur. On se rappellera que certaines hernies volumineuses paraissent moins serrées au bout de quelques jours que dans les premières heures de l'étranglement et qu'une réduction même incomplète par le taxis permet souvent la diminution graduelle de la tumeur et suffit à rétablir le cours des matières. On pourrait favoriser l'action du taxis en évacuant le contenu du sac et celui de l'anse intestinale au moyen de ponctions aspiratrices.

“ Enfin on ne se déciderait à pratiquer le débridement, que si les accidents s'aggravent sans cesse, les vomissements devenant fécaloïdes, le ventre se tuméfiant de plus en plus, le chirurgien avait en quelque sorte la main forcée.

“ Voici la conduite à tenir lorsque le chirurgien se trouve en présence d'une hernie présentant des accidents autres que ceux de l'étranglement. L'inflammation n'atteint ordinairement que des hernies très volumineuses ou des épiplocèles irréductibles depuis longtemps. Cette inflammation cède en général d'elle-même au bout de quelques jours.

“ On peut retirer quelque avantage des bains des purgatifs, et surtout de la position que l'on donne à la tumeur; celle-ci doit être, autant que possible, soulevée et maintenue par un bandage ou un appareil approprié. ”

## REVUE DES JOURNAUX.

## PATHOLOGIE ET CLINIQUE MÉDICALES.

Coqueluche, sa nature; traitement par l'acide phénique, par M. le Dr H. OLTRAMARE, de Genève.—Depuis longtemps, l'étude de la coqueluche, de sa symptomatologie et de son mode de propagation, a fait admettre le caractère spécifique et infectieux de cette maladie, et il ne faut pas s'étonner qu'un nombre de médecins lui aient assigné une nature parasitaire. Rosen l'attribuait à une excitation des voies respiratoires par insectes ou autres principes morbifiques; Boëlle à un miasme; Bierner à un contagé contenu dans l'air expiré par le malade.

M. Poulet, en 1867, signalait des bactériidies dans les gaz provenant de la respiration. En 1870, Letzerich, allant plus loin, décrivit même l'agent parasitaire et fit des inoculations. Cet agent serait formé par des flocons de micrococcus se multipliant en culture, et se transformant en globules contenant des spores. En cultivant cet organisme sur de l'eau sucrée ou de l'amidon lacté, on voit se développer un mycelium bien caractérisé. Les spores sont petites, d'un brun jaunâtre, d'un contour ovale. On devrait rapporter cette espèce au genre *Ustilagineitus*. L'inoculation de ce produit à des lapins déterminerait chez eux la coqueluche. Sans vouloir contester le résultat des inoculations, nous pouvons nous étonner de voir un micrococcus émettre des spores, à moins qu'on ne considère comme reproduction sporulaire la multiplication par division transversale. Plus curieux est encore de savoir qu'un micrococcus peut donner naissance à un mycelium bien caractérisé. Il y a évidemment là des confusions d'espèces différentes, et la chose a besoin d'être tirée au clair.

Malgré les recherches faites, le doute subsiste donc encore, entraînant avec lui les incertitudes thérapeutiques, et cette immense variété de médicaments prouve qu'aucun d'eux n'a répondu à l'indication causale.

Résumons les faits acquis, et voyons s'il n'y a pas lieu d'après les faits hors de contestation, de se former une opinion. L'anatomie pathologique nous a démontré, entre les mains de Beau et Gendrin, Parrot, Wannebroucq et Watson, que c'est surtout dans la partie susglottique que siègent les lésions, qui sont de

nature catarrhale. La trachée, d'après tous ces auteurs, reste indemne, et s'il y a quelquefois des lésions bronchiques, elles ne sont que consécutives et tardives.

La physiologie rend exactement compte de la symptomatologie, qui est caractéristique d'une excitation du laryngé supérieur, excitation qui peut bien plus logiquement être attribuée à une lésion de la muqueuse qu'à une tuméfaction des ganglions bronchiques, comme le voudrait M. Gueneau. Quant à voir là une névrose du laryngé, ce serait aussi absurde que d'admettre une névrose des nerfs sensitifs cutanés dans une affection parasitaire prurigineuse. Qu'au bout d'un certain temps, survienne une légère névrite des extrémités, c'est ce qui est possible, mais ce n'est pas, en tout cas, un phénomène de début. Enfin, il y a lieu de tenir compte de l'effet produit sur la portion sus-glottique par la sécrétion abondante qui, s'accumulant en avant de l'épiglotte, tend à couler en arrière.

Le caractère contagieux, qui ne saurait être nié par aucun praticien observateur, et ce fait, qu'une atteinte antérieure confère une immunité à peu près absolue, tendent nécessairement à faire admettre l'existence d'un organisme parasitaire.

Reste à déterminer cet agent lui-même, sur lequel, en dépit des travaux de Letzerich, plane un doute tout scientifique. Le difficile, ce n'est pas de trouver dans les produits expectorés un organisme inférieur, qu'on puisse accuser sûrement, c'est de n'en trouver qu'un, constant, susceptible d'être cultivé et inoculé, déterminant dans une espèce animale les symptômes caractéristiques de la coqueluche, et pouvant, à l'autopsie, être retrouvé en place, dans ses connexions avec les éléments anatomiques. Or, Letzerich, tout autre côté de la question mis à part, n'a rempli ni l'une ni l'autre de ces conditions, les lapins n'étant pas susceptibles de tousser et la relation de ses expériences ne disant pas qu'il a trouvé le micrococcus en place.

Pendant le cours d'une épidémie de coqueluche qui a sévi cet hiver à Genève, nous avons fait l'examen d'un grand nombre des crachats que rendent en si grande abondance les malades atteints de cette affection, mais, malgré le soin que nous avons apporté à cette étude, il est impossible, croyons-nous, de résoudre la question par les seules ressources du microscope.

En effet, à côté de quelques bactéries et de baccillus, nous avons constamment trouvé deux autres organismes, dont l'un très semblable au micrococcus septicus de Cohn et de Klebs, semble être l'agent dont parle Letzerich, tandis que l'autre se rapproche beaucoup de l'oïdium albicans. Est-ce l'un de ces deux parasites qui est la cause efficiente de la coqueluche, telle est la question que nous ne pouvons que nous poser.

La seule chose qu'il nous est permis d'affirmer, c'est l'intégrité constante des cellules cylindriques contenues dans les crachats, contrastant avec un envahissement fréquent des cellules pavimenteuses par les organismes parasitaires. C'est là un fait qui concorde absolument avec le résultat des autopsies de Beau, Gendrin, Parrot, Watson, et nous croyons que le seul point possible d'implantation du parasite, c'est l'épithélium pavimenteux de l'arrière-gorge. Que, partie de là, l'inflammation catarrhale ne se propage pas dans les points voisins, au larynx, à ses ventricules, et très rarement à la trachée, c'est ce que nous ne voudrions pas nier, non plus que les lésions consécutives des bronches et du poumon, dues aux efforts de toux et aux expirations violentes qui caractérisent la coqueluche.

Si nous insistons sur ce point de localisation, c'est que nous le croyons capital pour l'explication des procédés thérapeutiques qui nous ont réussi.

Partant de cette idée, non encore complètement démontrée, il est vrai, que la coqueluche est une affection parasitaire, prurigineuse, de la muqueuse sus-glottique, et que toute la pathologie, l'anatomie pathologique et la symptomatologie peuvent se rapporter à cette opinion, nous avons appliqué à son traitement la substance qui a le plus d'action sur les organismes inférieurs.

Avant moi, et sans que j'en eusse connaissance, cette médication a été employée par Thorner qui a préconisé dans *Drugs Archiv für Klinik Medical.* les inhalations d'acide phénique à 1 ou 2 pour cent; mais, comme ce traitement est encore peu connu, je n'ai pas cru inutile de publier les quelques succès que j'ai obtenus. Sur 13 malades atteints de coqueluche absolument confirmée, avec accès, reprise, vomissements, nous avons eu 10 succès complets; 1 coqueluche a été peu modifiée; dans deux cas, nous avons échoué totalement, en ce sens que l'état s'est aggravé en dépit du traitement qui a dû être suspendu.

Les 10 succès ont porté sur: 2 adultes femmes; 8 enfants de: 6 ans, 3 ans, 2 ans, 7 ans, 16 ans, 5 ans, 1 an.

Dans le cas où la coqueluche n'a pas été notablement modifiée, l'enfant a présenté, dès le début, une recrudescence d'une bronchite chronique, dont il était atteint auparavant, avec crachats très purulents.

Les deux insuccès se rapportent à deux enfants atteints de coqueluche depuis plus de deux mois, ayant déjà changé d'air, présentant surtout de la bronchite, et peut-être un début de tuberculisation

Chez tous nos malades, à l'exception d'un, l'acide phénique a été administré de la façon suivante et d'après cette formule:

Acide phénique cristall.....	grs xv
Sirop de menthe.....	ʒ x
Eau.....	ʒ ij ss

3 à 4 cuillerées à café par jour, additionnées d'un peu d'eau. Cette addition a pour but de diminuer la saveur caustique de la potion, dont plusieurs malades se sont plaints.

Au bout de 4 à 5 jours, dans nos 10 cas de succès, les vomissements ont cessé, le nombre des quintes a diminué d'un quart ou de moitié, et, dans le cas le plus favorable, au bout de huit jours, la toux de la coqueluche avait perdu tous ses caractères et était remplacée par une petite toux de bronchite, qui ne tarda à disparaître.

Chez deux enfants de 7 ans et 5 ans, qui étaient au quinzième jour de leur coqueluche, l'amélioration eut lieu subitement, et, en même temps, au sixième jour du traitement; au bout de jours, le nombre des accès nocturnes était tombé de 18 ou 20 à 2 ou 3. Un autre enfant de 3 ans, frère des précédents, eut un début par bronchite avec fièvre; le tout dura huit jours, au bout desquels la coqueluche fut bien caractérisée. Le traitement phénique donné à ce moment, enraya la marche de la maladie en six jours, et la guérison était obtenue au bout de 15 jours.

Chez une petite fille de 1 an, l'acide phénique ne put être administré à l'intérieur, mais la malade fut soumise à une inspiration continuelle de vapeurs phéniquées. On vaporait dans sa chambre, sur une bouche de chaleur, une solution phéniquée à 10 pour cent; 120 grammes d'acide cristallisé furent ainsi volatilisés, sans que l'enfant ou la nourrice fussent incommodés par l'odeur phéniquée qui était des plus intenses. L'effet thérapeutique, quoique moins rapide, fut cependant très sensible, ainsi que le prouve le tableau suivant:

L. D., 1 an, nourrie au sein.—Toux depuis le 24 janvier. Le 2 février, coqueluche confirmée, vomissements.

### ACCÈS

Février	Grands	Petits	Total.
2	11	21	32
3	13	22	35
4	8	2	34
5	18	15	28
6	9	18	28
7	6	15	31
8	7	18	25

Février	Grands	Petits	Total.
9	15	11	26
10	13	13	21
11	8	17	25
12	"	"	"
13	8	17	25
14	4	17	21
15	4	15	13
16	8	13	21
17	3	12	15
18	5	11	14
19	1	19	11
20	4	10	14
21	2	12	14
22	0	8	8
23	2	12	14
24	2	9	11
25	2	9	11
26	2	12	14
27	1	11	12
28	0	5	5
29	1	8	9
Mars 1	0	8	8
2	0	10	10
3	0	6	6
4	0	0	0

Ce cas est de beaucoup le moins brillant de nos succès thérapeutiques, et pourtant, si nous nous en rapportons à lui, nous voyons qu'une coqueluche, observée dès le début, et qui s'est de suite annoncée comme assez sérieuse, puisque d'emblée le nombre des accès a été de 32, dont 11 avec vomissements, s'est améliorée dès le septième jour, et a guéri au bout de 32. Ce n'est pas la marche d'une coqueluche abandonnée à elle-même, et il y a lieu de voir là une influence thérapeutique. Mais c'est surtout en présence du cas le plus favorable, dans lequel le caractère spasmodique avait disparu au bout de huit jours qu'on peut admettre l'influence du traitement.

Quant au mode d'action de l'acide phénique, nous le croyons tout à fait local, et il nous semble probable qu'on obtiendra les mêmes résultats, soit par des buligeonnades bien faits, soit par des inhalations ou des pulvérisations. Il est même très possible qu'un agent médicamenteux, autre que l'acide phénique, appliqué localement, ait une action équivalente, sinon plus rapide.

Ce que nous tenons seulement à faire ressortir ici, c'est la probabilité d'une affection bien limitée à l'arrière-gorge, de nature parasitaire, devant être traitée par des moyens appropriés à sa nature, à sa localisation, point qui nous semble avoir été très négligé jusqu'aujourd'hui. — *Progrès Médical.* — *Le Scalpel.*

**Traitement du catarrhe vésical par le bromure de potassium.** — Le docteur Angelo Cianciosi relate six cas de catarrhe de la vessie, et il en rapporte un septième en note, traités avec d'excellents résultats par le bromure de potassium. Il croit pouvoir attribuer à ce médicament une action prompte et efficace dans cette affection : si l'on tient compte de son action déprimante sur les centres nerveux vaso-moteurs et sur le plexus cardiaque, on comprend facilement son influence ischémisante sur l'organisme. Qu'on joigne à cela son action élective sur les voies respiratoires et sur l'appareil génito-urinaire, dont les sécrétions et excréments charrient le sel, sous forme de brome, dix minutes à peine après son ingestion, et cela pendant une période de près de deux semaines, ainsi que l'ont démontré Namias et Rabuteau ; puis que la muqueuse de la vessie se trouve constamment en contact des sels bromiques par l'urine qui en est saturée et proportionnellement à la quantité de bromure administré, ou ne peut douter un moment de la vertu thérapeutique que doit posséder et que possède ce médicament sur la muqueuse vésicale, alors qu'elle se trouve dans ces conditions anormales développées par l'une ou l'autre altération.

Dans les cas traités par le docteur Cianciosi il n'y eut jamais de manifestation d'acné, peut-être aussi parce que la dose ne dépassa jamais 3 grammes et que le sel ne renfermait pas de bromate de potasse qui devient nocif dans la proportion de 1 ou 2 pour 100. L'apparition de l'éruption, d'après l'auteur, ne doit pas amener la cessation du traitement ; il suffit d'administrer concurremment quelque préparation arsenicale ou de suspendre le bromure pendant quelque temps. Finalement il devient parfois nécessaire, comme cela lui est arrivé dans un cas, d'avoir à combattre l'anémie et la faiblesse ou les phénomènes de bromisme aigu et chronique par les sels de quinine, la strychnine, l'oxyde de zinc, les ferrugineux, etc (*Bull delle sc. Med. di Bologna, et Journal des sciences médicales de Louvain*). — *Bulletin Général de Thérapeutique Méd. et Chir.*



Sur l'huile d'eucalyptus, comme succédané de l'acide phénique.—Le docteur Schulz, de Bond, prétend que l'huile d'eucalyptus peut être employée à la place de l'acide phénique. Cette huile aurait en outre l'avantage de ne pas être une substance toxique. Le docteur Schulz se base d'abord sur les expériences de Buchholz, desquelles il résulte que les bactéries sont détruites par un mélange d'huile raffinée d'eucalyptus ou, en d'autres termes, d'eucalyptol, contenant 1 partie de principe actif pour 666,6 d'eau. L'acide phénique, au contraire, ne possède cette propriété qu'à un deux centième. Le docteur Siegen, enfin, a prouvé que l'eucalyptol empêche la septicémie de se développer chez les chiens. Mais il insiste surtout sur l'innocuité de ce moyen, et pour preuve, il rappelle une expérience, faite par lui sur un chien pesant 960 grammes. Il injecta en moins de six heures sous la peau de l'animal, sans qu'il en éprouvât le moindre inconvénient, 4g,50 d'huile d'eucalyptus ordinaire.

Des expériences comparatives ont été tentées à l'aide de l'acide phénique. Le docteur Siegen a injecté, sous la peau d'un chien vigoureux, 3 décigrammes d'acide : bientôt l'animal a été pris de convulsions cloniques, et est tombé dans la prostration : les accidents ont continué jusqu'à la mort, survenue au bout de quelques heures. Deux autres chiens, de taille beaucoup plus petite, soumis à une dose équivalente d'huile d'eucalyptus, n'ont présenté aucune espèce de phénomènes anormaux. Pour donner le plus d'efficacité possible aux deux agents qui nous occupent, il est nécessaire qu'ils soient émulsionnés dans l'eau. L'acide phénique doit être mélangé à 20 fois son poids d'eau. Il faut agiter les émulsions avant chaque injection. L'huile d'eucalyptus n'a jamais déterminé d'abcès, et son introduction sous la peau ne semble pas provoquer de douleurs vives sur les animaux en expérience.

L'acide phénique détermine la mort en quelques heures, avec les symptômes caractéristiques de l'empoisonnement par cet agent. L'huile d'eucalyptus, au contraire, est merveilleusement supportée. Les animaux mis en expérience n'ont subi aucune altération dans leur santé ; ils semblent, au contraire, plus vigoureux qu'auparavant.

L'eucalyptol, en outre, est d'un usage plus facile que l'acide phénique. Son odeur est agréable ; il se dissout facilement dans l'alcool et l'huile, et se mélange complètement dans la paraffine pure.

Le docteur Schulz, enfin, s'est efforcé de créer une méthode qui rende facile l'emploi de cet agent.

Il applique sur la plaie, que les bords ou non en aient été

rapprochés, une compresse dont les dimensions sont en rapport avec l'étendue de la partie lésée. Cette compresse est imbibée au préalable d'une solution au dixième d'eucalyptol dans l'huile d'olive, puis recouverte, comme dans le pansement de Lister, d'une gaze fine, imprégnée également d'eucalyptol. L'expérience a montré que la gaze la meilleure est celle qui a été plongée dans une solution de paraffine contenant 50 centièmes d'eucalyptol. (*Revue Médico-Chirurgicale de Vienne*).—*Bulletin Général de Thérapeutique Médicale et Chirurgicale*.

**Empoisonnement par les graines de ricin.**—M. Lugeol appelle l'attention sur les cas d'empoisonnement par les graines de ricin. Ces graines ont, paraît-il, un goût agréable. Une femme prit, à trois heures de l'après-midi, six graines de ricin. Au milieu de la nuit, elle fut réveillée par des vomissements et des coliques atroces, accompagnées de diarrhée cholériforme. Les symptômes étaient exactement ceux d'une attaque de choléra sporadique : yeux excavés, pouls misérable, peau algide, crampes musculaires extrêmement douloureuses. On s'efforça de réchauffer la malade, et on lui administra de l'alcool et de l'acétate d'ammoniaque : cette femme guérit. (*Bord. méd. et Gazette des hôpitaux*).—*Bulletin Général de Thérapeutique Médicale et Chirurgicale*.

**De la mort subite dans la fièvre typhoïde.**—M. Laurent communique sur ce sujet à la Société médicale du Haut-Rhin un travail des plus intéressants, dont nous allons reproduire les principaux traits :

La fièvre typhoïde, que Monneret aimait à appeler le résumé de la pathologie interne, est de toutes les maladies celle qui présente au médecin les complications les plus imprévues. En dehors de ces formes graves, que les auteurs du *Compendium* désignent sous le nom de *fièvres typhoïdes foudroyantes*, de collapsus de Wunderlich, où les malades, après avoir présenté quelques symptômes prodromiques variables par leur durée, tombent rapidement dans une stupeur et une adynamie profondes; en dehors des accidents qui suivent les hémorragies intestinales et des péritonites suraiguës qui en sont la conséquence, il en est d'autres qui, sous une apparence bénigne, n'en revêtent pas moins une gravité excessive. La maladie a suivi un cours régulier; le médecin annonce la convalescence, ou

bien celle-ci étant commencée, l'on se croit en droit de compter sur la guérison, et tout à coup, sans cause connue et sans prodrome, le malade succombera dans une syncope.

Malgré des observations recueillies par Andral, Louis, Chomel, Wunderlich, cette terminaison fatale de la fièvre typhoïde n'était point signalée dans les traités classiques. Cependant Andral avait assimilé la mort de ces malades à celle des individus frappés d'une forte commotion électrique, à celle des animaux empoisonnés par l'acide hydrocyanique, et il ajoutait la réflexion suivante: " Combien n'est pas difficile la tâche de celui qui cherche à soulever un coin du voile dont la nature enveloppe ses œuvres, soit qu'elle tende à créer, à conserver ou à détruire ! "

En 1869, M. Dieulafoy choisissait pour sujet de sa thèse de doctorat l'histoire de la mort subite dans la fièvre typhoïde, et en recueillait 57 observations; depuis 1869: MM. Rabère, Burlureaux, Chouet et Dianoux ont étudié la question.

Le plus souvent, la mort subite n'arrive pas au plus fort de la maladie, mais coïncide généralement avec l'amélioration des symptômes (du 19<sup>e</sup> au 21<sup>e</sup> jour).

La plupart des autopsies donnent des résultats négatifs; mais on trouve parfois une dégénérescence adipo-vitreuse du muscle cardiaque, dégénérescence que Liebermeister attribue à l'hyperthermie; parfois la mort arrive par anémie cérébrale, par thrombose sylvienne ou pulmonaire, etc. Pour M. Dieulafoy, la mort résulte d'une action réflexe partant de l'intestin et gagnant le mésocéphale et les racines du nerf vague et des nerfs respiratoires: ce réflexe détermine une syncope. Les bains froids en sont souvent la cause. L'anémie du cerveau et l'altération du cœur mettent d'ailleurs le typhique dans une continuelle imminence de syncope: cette imminence persiste au plus haut point pendant la convalescence.

Comme conclusion, M. Laurent termine son mémoire par les paroles suivantes que Graves, l'illustre clinicien du Dublín, prononce à propos du typhus: " Vainement le typhus paraît être dans son déclin, vainement une crise favorable a eu lieu, vous n'êtes pas autorisé pour cela à bannir toute inquiétude et à vous relâcher de votre vigilance, car la convalescence peut s'établir, et le malade n'est point encore à l'abri du danger; il peut avoir une rechute; il peut être abattu de nouveau par une maladie non moins dangereuse que la première; il peut enfin mourir subitement dans l'espace de quelques minutes. Les fonctions du cerveau et du cœur peuvent être soudainement enrayées, et la mort survient inopinément. "—*Revue de Thérapeutique Médico-Chirurgicale.*

**Étiologie de la fièvre typhoïde dans les campagnes.**—L'étiologie de la fièvre typhoïde ne peut guère être étudiée avec fruit que dans les campagnes où les faits sont toujours beaucoup plus faciles à suivre que dans toute agglomération un peu considérable. M. Alison (de Baccara) vient de consacrer à cette intéressante question un travail important où l'on trouvera exposée longuement la méthode suivie par l'auteur pour étudier ces questions d'étiologie souvent si difficiles à résoudre.

On peut se rendre compte de l'importance du sujet traité en sachant que la circonscription médicale où a étudié M. Alison comprend 27 communes; 21 d'entre elles, formant une population de 15,000 habitants, ont été envahies par la fièvre typhoïde pendant la période de temps comprise entre 1870 et 1878. Le nombre de sujets atteints pendant les huit années consécutives a été de 1202, sur lesquels il y a eu 120 décès. Il y a donc eu un cas de fièvre par 13 habitants, et le nombre des décès a été de 1 sur 30 des personnes atteintes. Les résultats obtenus par une observation aussi prolongée et pratiquée sur une aussi vaste échelle, ont permis à M. Alison de considérer la contagion au moins comme paraissant être un des éléments constants de la production des foyers typhoïdes. Cet élément, toutefois, ne paraît pas toujours avoir agi seul; souvent il a été associé à des conditions individuelles et à la présence de matières putrides, dans un certain nombre de cas même, les conditions individuelles et infectieuses paraissent avoir joué le rôle prédominant; c'est-à-dire que dans ces cas, à côté de l'action du contagé, il faut admettre que sous certaines influences (fatigue, encombrement, etc.), l'organisme a présenté une réceptivité toute spéciale qui, en d'autres circonstances, n'aurait pas été suffisante pour que le contagé seul pût exercer son influence.

Parmi les éléments importants de cette question, que M. Alison a successivement étudiés et dont nous ne pouvons donner l'analyse, il en est un plus particulièrement intéressant, c'est celui qui est relatif à la durée de nocivité du contagé typhoïdique. C'est là un point encore très discuté et très difficile à résoudre. Budda cite un cas où cette durée paraît avoir été de deux années, un autre où elle avait atteint un an; Trousseau cite un cas analogue et a fait la remarque que, d'après ses observations, la fièvre typhoïde avait une grande tendance à revenir dans une maison au bout d'une année. M. Barnheim insiste sur ce fait que le germe de la fièvre typhoïde paraît très tenace et que, quand cette maladie a existé dans un endroit, elle peut y reparaitre après un temps assez long avec

une apparence de spontanéité, c'est-à-dire sans nouvelle importation. M. Alison a recueilli dix-huit observations dans lesquelles cette durée a variée depuis 3 mois jusqu'à 16 mois. C'est là une matière extrêmement importante pour le praticien, et M. Alison estime même que ce chiffre de 16 mois ne doit pas être considéré comme la durée maxima de vitalité de ce contage.—*Journal de Med. et de Chir. Pratiq.*

---

**Du bromure d'éthyle comme anesthésique,** par REUSS.—Des résultats obtenus par M. Berger, non aussi favorables que ceux de M. Terrillon, et se basant surtout sur les dangers à craindre d'un agent inconnu et sur son prix élevé, le critique conclut que le bromure d'éthyle ne convient qu'à l'anesthésie locale lorsque l'on doit se servir du thermocautère ou du fer rouge, ses vapeurs n'étant pas inflammables. (*Idem.*) —*Lyon Médical.*

---

**Quelques effets nutritifs des alcalins à doses modérées, d'après l'expérimentation sur l'homme dans l'état de santé,** par MARTIN-DAMOURETTE et HYADES.—Sous la forme d'eau minérale légèrement gazeuse, les alcalins favorisent la digestion et par conséquent l'assimilation, l'absorption d'oxygène par le sang, l'hématose; ils paraissent même pouvoir élever directement le chiffre des globules sanguins, activer enfin les oxydations organiques, puisque l'urine contient plus d'urée, moins d'acide urique; et même l'élévation du chiffre de l'urée est telle qu'une suroxydation de l'acide urique ne suffit pas à l'expliquer. Du fait des alcalins il y a donc production de forces augmentée, forces thermique, musculaire, nerveuse, nutritive, etc.—Les alcalins sont des *nutritifs déperditifs* à la façon de l'exercice musculaire, de l'hydrothérapie, de la respiration oxygène, etc.—L'urée n'est pas seulement augmentée en proportion dans les urines, mais la quantité de l'urine l'est également, ce qui assure l'élimination des sels.

**Conclusions:** Les eaux minérales alcalines n'agissent pas simplement par le contenu, leur carbonate sodique, mais aussi par la totalité de leurs composants minéraux; leur grande indication, c'est la plupart des dyspepsies; elles ne sont pas contre-indiquées par l'élément anémique; elle ont une action désassimilatrice remarquable, surtout lorsque les faits morbides relèvent de la diathèse urique. (*Idem.*)—*Lyon Médical.*

**La pneumonie.** M. le professeur Hardy.—C'est surtout en arrière de la poitrine et à sa partie inférieure qu'existent les lésions anatomiques et les signes stéthoscopiques de la pneumonie; c'est là qu'on trouve principalement la bronchophonie ou voix bourdonnante.....

La douleur de la pneumonie disparaît généralement après l'application des saignées locales (ventouses scarifiées). Quand les pulsations cardiaques diminuent et tombent bien au-dessous de la normale, à 52 ou 55 par exemple, c'est un excellent signe pronostique de convalescence, et l'on retrouve, d'ailleurs, ceci dans la rougeole, la variole, l'érysipèle, et dans la parturition. Souvent, lors même que l'état général s'est amélioré, et que la pneumonie semble terminée, les signes physiques persistent plus ou moins longtemps: cela a lieu surtout chez les vieillards et les sujets affaiblis; le pronostic de la maladie n'est pas forcément assombri pour autant.

La pneumonie intermittente existe-t-elle? Non. La pneumonie est une maladie cyclique, continue. Si les médecins militaires ont décrit la pneumonie intermittente, cela tient à ce qu'ils observent souvent dans des pays où l'intoxication palustre exerce son influence. Cette influence produit parfois un appareil symptomatique imitant la pneumonie (*pseudo-pneumonie*). Ou bien la pneumonie vient compliquer l'accès de fièvre palustre; quand la fièvre cesse, tous les signes de la pneumonie persistent, avec la plus grande gravité. C'est ce qu'on a décrit sous le nom de fièvre pernicieuse pneumonique.

Quand les chlorures augmentent dans l'urine, c'est un signe favorable et qui indique l'amélioration de la maladie.

Meurt-on de la pneumonie franche? Oui. Il se forme parfois des caillots fibrineux dans le cœur, par suite de l'augmentation de la fibrine dans le sang, qui, de 2 p. 1,000 s'élève à 3 ou 6 dans la pneumonie. Lorsqu'il se forme des caillots fibrineux dans le cœur, la dyspnée devient extrême; le nombre des inspirations est de 50 à 60 par minutes, le pouls est fréquent, petit, irrégulier; il y a des lipothymies, etc... La thérapeutique de cette complication est absolument nulle.

**La broncho-pneumonie.**—Elle existe surtout chez les sujets affaiblis ainsi, dans la fièvre typhoïde, on a presque toujours affaire à une broncho-pneumonie, très rarement à une pneumonie franche, fibrineuse. Les crachats sont moins visqueux et généralement moins colorés que dans cette dernière maladie; les râles crépitants et sous-crémentants se mélangent au râle sibilants et muqueux; le souffle n'est pas franchement tubaire et retentit à l'oreille comme s'il était lointain et voilé. On voit donc que, stéthoscopiquement parlant, la broncho-pneumonie

est un mélange de bronchite et de pneumonie. Le processus inflammatoire n'englobe point, dans ces cas, une masse de lobules pulmonaires, il y a cinq ou six lobules malades, séparés par des lobules sains. De plus, dans la broncho-pneumonie la maladie débute par les bronches et descend trouver les lobules, au lieu que dans la pneumonie franche, les lobules sont primitivement attaqués.

La broncho-pneumonie est plus grave que la pneumonie. Elle existe ordinairement des deux côtés, mais est le plus souvent plus prononcée d'un côté que de l'autre. La fonction respiratoire est donc ici atteinte d'une façon plus générale, quoique moins profonde. C'est ce qui explique pourquoi la broncho-pneumonie dure plus longtemps que la pneumonie franche.

Quand la pneumonie arrive chez une personne préalablement atteinte de bronchite, elle est très grave; les veines ne tardent pas à dessiner sur la peau leur trace noire, et indiquent ainsi le défaut d'hématoïse et l'asphyxie. Dans ces cas, l'expectoration diminue; la défervescence ne se manifeste pas au septième jour de la maladie: la mort est à craindre.—*Revue de Thérapeutique Médico-Chirurgicale.*

—

Traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de solution mercurielles, par TERRILLON.—L'auteur ignore qu'une thèse sur ce sujet a été pas-ée à Lyon (in *Lyon Médical*, 1880, t. II, p. 528); seulement les conclusions de son travail sont plus favorables à la méthode que celles de M. Magnanon. Il avoue cependant ne rien pouvoir dire quant à la supériorité des injections sous-cutanées sur l'administration par les voies digestives, lorsque celles-ci sont bien supportées; il déclare aussi qu'il cherchera avec M. Yvon une autre préparation, ce qui prouve bien qu'il n'est pas bien content de celle qu'il a expérimentée. Aussi renvoyons-nous le lecteur autant à la bibliographie du travail de M. Magnanon qu'à l'article de M. Terrillon. Rappelons seulement un fait important au point de vue de la douleur produite, c'est que M. Auspitz (de Vienne), grand partisan de la méthode des injections sous-cutanées de sublimé, et qui emploie simplement la solution suivante :

Eau .....	100
Sublimé .....	1
Chlorure de sodium.....	2

fait l'injection dans la région fessière et enfonce l'aiguille très-profondément. (*Idem.*)—*Lyon Médical.*

## PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALES.

De l'action des injections sous-cutanées d'ergotine dans le traitement des fibro-myomes des hypertrophies chroniques de l'utérus. — Chez quatre femmes affectées de fibromes interstitiels du corps de l'utérus, l'auteur a obtenu une diminution de la tumeur et un arrêt de métrorrhagies; dans le cas de deux fibromes du col utérin ayant le volume d'une châtaigne, il a obtenu des résultats laissant à désirer. Dans six tumeurs sous-péritonéales, dont le volume variait depuis celui d'une châtaigne jusqu'à celui d'un utérus gravide, il n'a obtenu aucune amélioration essentielle par les injections; le volume est resté le même, toutefois les hémorrhagies ont été un peu moins fréquentes. Dans les hypertrophies de l'utérus, sans complication, on a employé quatorze fois avec succès l'ergotine. Elle a surtout rendu des services dans ces hypertrophies résultant d'une absence de retour de l'utérus sur lui-même à la suite de l'accouchement et plus souvent d'un avortement. Dans les infarctus utérins et dans un cas de dysménorrhée membraneuse, ces injections, ont également produit de bons résultats. Après plusieurs tentatives, l'auteur est arrivé à donner la préférence à la préparation de Werniet employée avec les précautions nécessaires en pareil cas. Dans la plupart des cas susmentionnés, l'injection a été suivie d'une amélioration presque immédiate; plusieurs malades devinrent enceintes avant la fin du traitement; chez les autres, l'amélioration obtenue persista. Chez trois malades, une ayant un corps fibreux, deux une métrite chronique, il fallut reprendre le traitement après une pause d'un an et demi.

Deux femmes traitées moururent longtemps après la dernière injection d'ergotine. Dans un cas le fibrome se montra entouré d'une coque calcaire dans laquelle étaient renfermés les gros vaisseaux de voisinage. Dans l'autre ils étaient enclavés dans un réseau de tissu conjonctif contenant de rares fibres musculaires en voie de dégénérescence graisseuse. Dans plusieurs points un travail de dégénérescence calcaire. L'auteur pense que pendant la vie il y avait déjà une ischémie notable de la production morbide. Il conclut que, quand on n'a pas d'amélioration après les premières injections d'ergotine, on doit recourir à une autre médication. (*Archiv f. Gynakologie*, t. XIII. p. 182, et *Gazette de hôpitaux*.) — *Bulletin Général de Thérapeutique Médicale et Chirurgicale*.



**De l'empoisonnement par l'acide phénique en chirurgie.**—Le docteur Tansini, après avoir rapporté des observations d'empoisonnement par l'acide phénique de Machia, Wiche, Sandwel, Hôbler, Hamilton, Volkman, Kuster et Billroth, en arrive au phénomène de la coloration des urines, du verdâtre à la nuance olive foncée. De vingt expériences pratiquées sur les chiens, il conclut :

1<sup>o</sup> Que l'acide phénique introduit dans l'économie, soit par la voie hypodermique, soit dans la cavité péritoneale à la dose de 0,05 pour 100 du poids du corps, n'a été mortel que dans deux cas où l'on observe ce fait assez rare de la mort survenue alors que tout phénomène d'empoisonnement était dissipé et dans introduction d'une nouvelle dose du poison.

2<sup>o</sup> Que la mort est probablement due à la paralysie du centre respiratoire et non à la paralysie cardiaque, puisque chez les animaux ainsi sacrifiés le cœur continuait de battre après la cessation de l'acte respiratoire :

3<sup>o</sup> Que dans les urines des sujets soumis à l'intoxication carbolique il y a diminution, et disparition dans les cas graves, du sel formé par l'acide sulfurique administré comme antidote, dans les cas d'empoisonnement très rapide, le temps nécessaire manque pour la combinaison de l'acide phénique et manque aussi la sécrétion de l'urine, dans laquelle diminue ou ne se trouve pas ce composé :

4<sup>o</sup> Qu'une même dose qui, dans des conditions normales, avait déterminé un empoisonnement, disparaissant de lui-même sans laisser de traces, produisait la mort lorsque l'animal était fortement anémié et épuisé par une suppuration profuse avec un certain degré de fièvres hectiques ; que par rang d'efficacité il faut classer ainsi les diverses voies d'introduction dans l'économie : l'injection péritoneale, l'injection hypodermique, le lavement, le lavage général du corps et enfin le lavage de la cavité d'un abcès ;

5<sup>o</sup> Que, placé devant un empoisonnement grave par l'acide phénique, le chirurgien ne devra pas se borner à l'administration de l'acide sulfurique reconnu comme antidote, mais devra recourir à tous les moyens capables d'exciter l'organisme, entr'autres à l'injection hypodermique d'éther, et insister spécialement sur la respiration artificielle.

L'auteur termine par le conseil de se renfermer soigneusement, pour l'usage de l'acide phénique, dans les limites consacrées par l'expérience, afin de maintenir à cet agent précieux le prestige qu'il a si justement conquis dans la pratique de la chirurgie.—(*Gazette méd. Italiana Lombardia.*)

Quelques particularités de l'action œsthésiogène des vésicatoires, par GRASSET. — Nouveau travail très-remarquable dans lequel l'auteur montre d'abord que l'action œsthésiogène du vésicatoire est de mieux en mieux établie, que, en outre, une action thermogène marche en général parallèlement, mais peut être indépendante et même se produire seule. Le retour de la sensibilité paraît indépendant de toute action purement périphérique, circulatoire ou nerveuse; elle doit être le résultat d'une action modificatrice centrale. M. Grasset insiste sur ce fait que le retour de la sensibilité a lieu non par territoires nerveux, mais par membres ou segments de membres. A ce point de vue, il reconnaît cinq grandes régions: le membre supérieur, l'inférieur, la partie postérieure du tronc, sa partie antérieure, la face. Il subdivise même le membre inférieur en région au-dessous et région au-dessus du genou, et le membre supérieur en moitié périphérique et moitié centrale. Dans ce dernier, le retour de la sensibilité se fait de la périphérie vers le centre, et souvent aussi à la face. — Pour le membre inférieur, si le vésicatoire est appliqué à la cuisse, la sensibilité revient dans tout le membre; mais s'il est appliqué au mollet, elle ne revient qu'au-dessous du genou, tandis que pour le membre supérieur la sensibilité revient à tout le membre, quelque soit le lieu d'application. Mais d'une manière générale, si ce n'est pour le membre supérieur et la face le retour de la sensibilité se limite à chacune des cinq grandes régions ci-dessus. (*Journal de Thérap.*)—*Lyon Médical.*

Du traitement des ulcères désignés communément sous le nom de vieilles plaies de jambe, par COURTY. — Trois grandes indications: 1<sup>o</sup> exciter le bourgeonnement, la végétation des chairs; 2<sup>o</sup> dissiper les callosités et autres manifestations d'hypertrophie histologique; 3<sup>o</sup> empêcher, au moment de la formation de la cicatrice, la dessiccation trop rapide de la couche épidermique la plus superficielle. Mais avant de commencer, lotions détersives, antiseptiques, toniques, légèrement excitantes: eau phéniquée, coaltar saponiné, salicylate de soude, acide thymique, chloral, permanganate potasse, etc.; enlever toute crasse marginale avec des lotion savonneuses chaudes.

La première indication est remplie, avec le vin aromatique en lotions deux fois par jour, puis pansement avec la pommade au précipité rouge (1 gr. pour 30 gr. à 50 gr. d'axonge) en couche épaisse sur du linge fenêtré; charpie et compression

méthodique non-seulement avec une bande de toile, mais encore avec une seconde bande en caoutchouc; et par-dessus celle-ci, pour la protéger, nouvelle bande de toile; l'auteur même ajoute souvent encore un long bas afin de prévenir tout dérangement. Chaleur humide et compression remplissent ici et la seconde et la troisième indication et même la troisième. Mais comme médicament propre à ce dernier rôle, ce n'est plus un incarnatif comme le précipité rouge qu'il faut, mais un siccatif, un cicatrisant; *l'étoffe y est, il ne faut plus que coudre.* L'auteur se sert dans ce but de la mixture cathérétique de Laufauc ou vin arsenical cuivreux, ou une solution au 1/30 de nitrate d'argent, ou encore du cérat laudanisé (laudanum, 5 gr.; cérat de Galien, 50.) Ne pas appliquer la mixture de Laufranc sur une trop grande étendue à la fois parce qu'elle contient de l'arsenic.—M. Courty pratique aussi la greffe épidermique. (*Idem.*)—*Lyon Médical.*

—

Combien il est facile, tout d'abord, de méconnaître une lésion de la colonne vertébrale.—Un homme a fait une chute du haut d'une échelle. Il dit avoir été reçu par deux de ses camarades, condition qui a amorti le choc. Cependant, il présente une fracture des deux radius, ce qui prouve qu'il est tombé lourdement sur les mains. Il porte, en outre, une blessure à la région postérieure de la tête.

S'il s'agissait d'un cas de médecine légale, il serait embarrassant d'expliquer cette blessure de l'occiput, quand la chute a eu lieu en avant, puisque cet homme est tombé sur les mains; mais ce détail, dans l'espèce, a peu d'importance.

L'examen de la partie postérieure du corps décèle à la région dorso-lombaire, une voussure causée par une forte contusion. Le doigt promené le long du rachis détermine une vive douleur au point occupé par la première vertèbre lombaire.

Sur quelles circonstances se base donc le savant professeur, pour croire à une lésion qui ne se traduit encore par aucun signe objectif irrécusable?

Il commence par faire observer que le siège même de la lésion permettrait de se rendre compte de la non-existence de ces mêmes signes. Au niveau de la première vertèbre lombaire, en effet, commence la queue de cheval. Il y a donc là peu de substance médullaire. Il en résulte que les phénomènes de compression doivent s'y produire beaucoup plus difficilement.

Dans les cas analogues à celui-ci, il faut toujours supposer

une fracture de la colonne vertébrale et se comporter en conséquence. Ce qui a rendu sur ce point M. Verneuil très soupçonneux, c'est qu'il y a été lui-même pris quatre fois dans des circonstances analogues.

Voici, en peu de mots, l'exposé des faits dont il s'agit :

1° Un jeune homme de 14 à 15 ans avait fait une chute. On n'avait constaté aucune lésion de la colonne vertébrale. On se borna à tenir le malade au repos. Survint une polyurie extraordinaire. L'excrétion urinaire atteignait les proportions de 8 à 12 litres par jour. D'ailleurs, il n'existait aucune souffrance; ce ne fut en quelque sorte que par hasard qu'on retourna le malade. On fut alors très surpris de constater une fracture de la colonne vertébrale.

2° Un enfant tomba en glissant d'un lieu élevé. Il se développa une énorme bourse séreuse, s'étendant de la nuque au sacrum. On se borna à appliquer des compresses résolatives, et au bout de huit à dix jours toute trace d'épanchement avait disparu. Ce ne fut qu'au moment de la sortie de l'enfant de l'hôpital, que l'on s'aperçut qu'il s'était développé une gibbosité.

3° Un maçon, tombé d'un échafaudage, avait été porté à l'hôpital de Lariboisière. Il ressentait à la colonne vertébrale une douleur circonscrite, accompagnée de déformation. M. Verneuil l'avait examiné à diverses reprises sans rien constater d'anormal de ce côté. Trois ou quatre mois après être sorti du service, cet homme revint à l'hôpital, marchant avec une grande peine. Il était atteint de gibbosité, consécutive à une fracture méconnue de la colonne vertébrale.

4° Un quatrième fuit est de tous points analogue au précédent, avec cette différence que, dans ce dernier cas, la gibbosité a été la conséquence, non plus de la station verticale et de la marche, mais du simple séjour prolongé dans un fauteuil.

La conclusion pratique qui découle de tous ces faits, c'est qu'il faut se défier des contusions siégeant à la région vertébrale. Trop souvent elles masquent des fractures très aisées à méconnaître, car ces lésions sont loin de se traduire toujours par des signes révélateurs caractéristiques. Dans tous les cas de cette nature, s'il reste quelque doute dans l'esprit, il faut se comporter comme si l'on était certain de l'existence d'une fracture.

Autrefois, que l'on traitait ces lésions par le simple repos au lit, les déformations consécutives étaient fréquentes; aujourd'hui, il est aisé de prévenir ces dernières, en tenant les blessés aussi longtemps qu'il est nécessaire dans les gouttières de Bonnet.—*Revue de Thérapeutique Médico-Chirurgicale.*

---

# L'UNION MÉDICALE DU CANADA

MONTREAL, JANVIER 1881.

*Comité de Rédaction :*

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

---

## Le "Canada Medical Record" et l'Université Laval à Montréal.

Jusqu'en 1871 il n'y avait à Montréal que deux écoles de médecine : la faculté de l'Université McGill et l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal affiliée à l'Université Victoria de Cobourg, Ontario. En 1871 l'Université du Collège Bishop de Lennoxville ouvrit une troisième faculté de médecine à Montréal, laquelle après neuf années d'existence nous annonce tout ingénument, par son organe le *Canada Medical Record*, qu'elle a surmonté tous les obstacles dressés sur sa route et y a même trouvé les éléments du succès qui couronne aujourd'hui ses travaux. Nous sommes vraiment charmés d'apprendre cela. Mais voilà qu'en 1879 l'Université Laval de Québec vient ouvrir une quatrième faculté de médecine à Montréal. Pour le coup, s'écrie le *Canada Medical Record*, c'est trop fort, que l'Université Bishop ait doté Montréal d'une faculté de médecine alors qu'il en existait déjà une de la même dénomination religieuse et une autre catholique, c'est parfait, (n'a-t-elle pas réussi, en dépit des difficultés ou plutôt grâce aux obstacles qu'on lui a opposé?)

Mais que le Laval vienne fonder une quatrième faculté de médecine, ce n'est plus nécessaire depuis que nous y sommes, deux universités protestantes et une école catholique sont bien suffisantes pour tous les étudiants canadiens français et catholiques romains qui suivent les cours de médecine à Montréal.

Ce qu'en dit le *Canada Medical Record* n'a pas pour but de faire de la réclame en faveur du Bishop ! mais de donner un exposé impartial des difficultés qui existent entre l'Université Laval et l'École de médecine Victoria. On ne s'en serait pas douté. Nos confrères du *Record* paraissent manier mieux l'encensoir que la

plume. N'est-ce pas la notion la plus élémentaire du journalisme que pour parler sensément d'une question en litige, il faut en connaître le pour et le contre et ne pas se tenir satisfait des informations puisées auprès d'une seule des parties intéressées, c'est cependant ce qu'à fait notre confrère, aussi son écrit n'est il qu'un tissu d'appréciations fausses, comme chaque lecteur qui connaît un peu la question pourra en juger *in petto*, ou à haute voix suivant ses intérêts et ses convictions.

Notre confrère ne voit dans toute cette question qu'un complot tramé par le Pape, Mgr Conroy et l'Université Laval contre l'Ecole de Médecine (*a trap set for them unsuspectingly*). Nous ne voulons pas même effleurer les difficultés qui existent entre nos deux institutions médicales, l'Union Médicale a toujours gardé sur cette question ce qu'elle croit être une sage réserve. Quant au reste il nous est bien permis d'en manifester notre appréciation.

Le *Record* voit dans l'établissement de la faculté de Laval à Montréal une insulte et un défi aux trois Ecoles déjà existantes en cette ville et prétend que deux facultés protestantes et une catholique sont bien suffisantes pour l'éducation médicale de nos étudiants canadiens-français et catholiques romains. L'accusation d'égoïsme et d'arrogance qu'il lance contre le Laval, parce qu'il ignore absolument les faits, s'il ne les dénature volontairement, pourrait ici lui être appliquée avec plus de raison.

Mais vraiment, va-t-on nous faire un crime d'avoir la prétention d'enseigner nous mêmes la médecine à nos coréligionnaires et à nos compatriotes d'origine canadienne française, de trouver regrettable que nos compatriotes suivent des cours de médecine donnés dans une langue étrangère qu'ils ne comprennent qu'imparfaitement, des leçons basées sur des principes religieux qui ne sont pas les leurs, de faire la lutte en un mot pour que dans une province catholique et canadienne française nos compatriotes trouvent assez d'avantage et de garanties dans les institutions catholiques et françaises pour les dispenser d'aller puiser l'enseignement dans d'autres qui n'ont ni leur croyance ni leur langue. Cela se nomme-t-il de la prétention et de l'égoïsme? La théologie et la médecine se touchent de trop près pour vouloir les séparer. La craniotomie en est une preuve entre mille. Et puis nous sommes jaloux de notre langue, n'est-ce pas légitime; et de même que nous trouvons ridicule Dupuis, qui de retour de la république voisine s'appelle M. Wells; Larocque, M. Stone; Leblanc, M. White; de même nous ne pouvons sans une arrière-pensée entendre un médecin canadien-français, presque inévitablement destiné à vivre et à pratiquer parmi les gens de sa propre nationalité, ne pouvoir parler médecine dans sa langue maternelle et ahurir à tout instant ses confrères et ses compatriotes de termes et d'accents étrangers. Si nous étions perdus dans l'élément

anglais, notre langue pourrait devenir une objection, mais grâce à Dieu, dans la province de Québec, nous pouvons nous instruire, pratiquer la médecine, vivre et mourir en français. Ainsi donc quatre ou six universités anglaises et protestantes ne rencontreraient pas plus nos besoins que deux, et nos confrères du *Record* peuvent en prendre leur parti, nous saurons maintenir le droit que nous avons de pourvoir nous-même aux besoins de l'enseignement médical de nos compatriotes, et cela sans que personne ait le droit de s'en plaindre, du moment que nous nous conformons aux lois établies.

Quant à l'opportunité d'avoir à Montréal deux écoles catholiques françaises au lieu d'une, cela concerne si peu nos confrères du *Record*, et intéresse tellement l'élément canadien français, qu'ils seraient bien aimables de ne pas s'immiscer dans nos affaires de famille ; si pourtant ils y tiennent nous leur reconnaissons leur droit d'en parler à leur aise, quitte à nous de leur rappeler de temps à autre ce que l'on entend en français par un exposé *impartial* des faits.

Quand le Bishop parut en 1871 il existait déjà à Montréal une université anglaise et protestante qui, nous sommes heureux de le dire, donnait alors comme aujourd'hui un excellent enseignement à ses élèves. Personne pourtant, parmi nous ne s'insurgea contre la nouvelle faculté. Et si comme le dit le *Record*, ce sont les difficultés qui l'ont rendu si prospère, nous n'avons aucun droit de nous énorgueillir de son succès. Pendant ses neuf années d'existence personne parmi nous ne lui a jamais contesté son droit d'exister, *ni discuté son opportunité*. Nous avons même été si réservés à son égard que nous ne savions même pas qu'elle fut si florissante.

Dans cette charge à fond de train contre la faculté de médecine de Laval à Montréal le *Record* a peut-être aussi un autre mobile que l'amour de la justice et les intérêts de la science, et nous comprenons à demi-mot qu'il n'aime pas à voir deux écoles françaises de médecine à Montréal. L'élément anglais trouvant depuis longtemps à l'Université McGill un enseignement médical aussi complet que possible, nous comprenons les inquiétudes de notre confrère lorsqu'il voit les canadiens-français se mettre eux aussi en mesure de rencontrer sous ce rapport tous les besoins de leurs étudiants.

Dans un pays comme le nôtre, composé d'éléments hétérogènes il faut savoir respecter les droits et les opinions de Caste et pouvoir regarder briller le soleil sur la flèche de vingt temples où Dieu est servi et adoré de vingt manières différentes.

Que nos confrères anglais aient deux écoles, qu'ils en aient quatre, peu nous importe. Quant à l'opportunité d'avoir ici deux écoles canadiennes françaises, le *Record* devrait avoir la générosité facile

de laisser décider cette question par ceux qu'elle concerne immédiatement.

Nous ne suivrons pas nos confrères du *Record* dans le voyage légal qu'ils entreprennent avec si peu de documents, nous préférons nous en rapporter à la sagesse de ceux qui ont mission pour régler ces questions.

---

**Honneur aux bienfaiteurs de l'humanité.**—L'hôpital des enfants connu successivement sous les noms d'hôpital Sainte-Marguerite, d'hôpital Sainte-Eugénie, sera désigné désormais sous celui d'*Hôpital Trousseau*.

Déjà l'hôpital Ménéilmontant s'appelle *Hôpital Tenon* et l'ancien hôpital temporaire *Hôpital Laennec*.

---

### Brochures reçues.

---

*Report on obstetrics*, by W. GARDNER, M. D., Prof. of Medical Jurisprudence and Hygiene, McGill University; Attending physician University Dispensary for Diseases of Women Montreal.

*Electricity in Medicine and Surgery* by JOHN J. CALDWELL, M. D., Baltimore.

*The treatment of the diseases of the Genito-Urinary organs, by the use of Electricity, Damiana, etc.*, by JOHN J. CALDWELL, M. D., Baltimore.

*The Abdominal Method of Singing and breathing as a cause of female weaknesses* by CLIFTON, E. WING. M. D.. Boston.

---

### VARIÉTÉS.

---

**La manie des eaux.**—Le médecin thermal.—Mon ami B... se portait à merveille, il y a six semaines. Par malheur, sur le boulevard, un matin, il se trouve nez à nez avec son médecin.



— Comme il y a longtemps que je ne vous ai vu.

— C'est que je me porte bien.

— Allons, tant mieux. En effet, vous avez bon visage. Voyons, attendez un peu, regardez-moi bien... Je me demande à quelles eaux je vais vous envoyer.

— Mais je n'ai aucune envie, aucun besoin d'aller aux eaux.

— Envie c'est possible... Besoin, c'est tout autre chose.. Vous allez me faire le plaisir de partir pour les eaux de X... Mon ami n'avait jamais entendu parler de ces eaux-là.. Il demande des renseignements.

— Oh ! répondit le médecin, ce sont des eaux nouvelles qui ont été lancées et qui ont réussi.

— Mais je ne suis pas malade

— Je sais bien que vous n'êtes pas malade. Aussi, je vous envoie à des eaux spéciales, à des eaux préventives. Vous vous portez bien maintenant, d'accord... mais vous traînerez tout l'hiver, si vous n'allez pas à mes eaux.

Mon pauvre ami, est parti docilement, huit jours après, pour les eaux de X... La semaine dernière, il revenait à Paris dans un état déplorable. Ces eaux, *si bien lancées* lui avaient fait un mal affreux. Il a rapporté de là bas des fièvres, un rhumatisme, etc, etc. Son médecin a gardé toute sa sérénité devant ce beau résultat.

— C'est l'effet naturel des eaux. Rien de plus heureux. Ces fièvre, ce rhumatisme étaient en vous, avaient besoin de sortir. Les eaux ont provoqué une crise salutaire. C'est à merveille.... Je réponds de votre santé l'hiver prochain.

Quelle mouche a donc piqué les médecins depuis quelque temps ? Quelle est cette fureur d'eaux qui les dévore ? À partir de mois d'avril, ils commencent à passer l'inspection de leurs clients bien ou mal portants... Ils prennent un air soucieux et répètent tous ce refrain :

— À quelles eaux pourrai-je bien vous envoyer cette année ? Bayat ne vous avait pas réussi l'année dernière, ni Cauterets l'année précédente... Vous devriez essayer d'Allevard ou d'Uriage... Où ! nous finirons bien par trouver les eaux qui vous conviennent.

Les spéculateurs qui sont toujours à l'affût ont tiré bon parti de cette manie des médecins d'aujourd'hui... Ils se sont mis à lancer des eaux, comme on lance des tramways ou des charbonnages. On m'a montré, l'autre jour, un monsieur fort intelligent qui s'était ruiné dans une raffinerie et qui a refait sa fortune avec une eau ferrugineuse qui ne marchait pas, et qui maintenant, grâce à une publicité bien organisée, va comme sur des roulettes.

Le médecin thermal est, un personnage bien particulier, bien amusant. Il y a naturellement des exceptions et de très honorables... mais enfin voici le type dans sa généralité. Le médecin thermal est attaché à une certaine eau... et il faut que cette eau guérisse toutes les maladies... la bradypepsie, la dyspepsie, l'apepsie, la lienterie, la dyssenterie, l'hydropisie, etc., etc., etc. Le médecin thermal fait des brochures, des articles dans les journaux de médecine... Il vante son eau merveilleuse: Prenez, prenez mon élixir! Il court les grands médecins. Il leur demande des malades. Ces malades, il est bien entendu qu'il ne les gardera pas... Il ne doit pas faire de clientèle. Il doit rester dans sa spécialité... On lui prête des malades, on ne les lui donne pas.

Au bout de vingt-cinq jours de traitement, il doit les réexpédier, avec un rapport détaillé, à leur médecin ordinaire qui est leur propriétaire légitime. Aussi l'art du médecin thermal est-il d'*entretenir* les malades. Il ne faut pas qu'il les tue, mais il ne faut pas qu'il les guérisse trop. La perfection c'est de faire patienter le baigneur, de le restituer à peu près tel qu'on l'a reçu et de pouvoir écrire au confrère qui l'a fourni:

— Je vous renvoie M. un tel... Il ne va ni mieux ni plus mal. Vos excellents soins lui sont plus que jamais nécessaires. J'espère que vous me le renverrez l'année prochaine.

Et des malades font ainsi, pendant une longue suite d'années, la navette entre deux médecins qui se les renvoient comme un volant en deux petits coups de raquette bien appliqués... V'l'an, je vous envoie un baigneur... V'l'an... je vous renvoie votre malade.

Une autre remarque. Jamais le médecin ne dirige le mari et la femme sur les mêmes eaux. Et comme, un jour, je m'en étonnais, un de mes amis, médecin de beaucoup d'esprit me fit cette réponse:

— Les eaux avant tout et par-dessus tout doivent être un repos.—*L'univers illustré*.—*L'Abeille médicale*.

---

## DECÈS.

A Kamouraska, le 10 courant, A. T. Michaud, M. D.