

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

- Coloured pages / Pages de couleur
- Pages damaged / Pages endommagées
- Pages restored and/or laminated /
Pages restaurées et/ou pelliculées
- Pages discoloured, stained or foxed/
Pages décolorées, tachetées ou piquées
- Pages detached / Pages détachées
- Showthrough / Transparence
- Quality of print varies /
Qualité inégale de l'impression
- Includes supplementary materials /
Comprend du matériel supplémentaire

- Blank leaves added during restorations may
appear within the text. Whenever possible, these
have been omitted from scanning / Il se peut que
certaines pages blanches ajoutées lors d'une
restauration apparaissent dans le texte, mais,
lorsque cela était possible, ces pages n'ont pas
été numérisées.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Un cas d'ovariotomie

Lu devant la Société Médicale par le Dr D. MARCIL, de St-Eustache.

Vers la fin mois de mars de l'an dernier, M^{me} M. B... venait me consulter pour une grosseur dans le ventre. Elle reportait à quatre ans le début de cette tumeur qu'elle avait signalée d'abord dans l'aîne gauche, et qui, au moment de la consultation, remplissait l'abdomen jusqu'au delà de l'ombilic.

Cette femme a quarante huit ans; elle a toujours joui d'une excellente santé; taille moyenne et forte; avant l'apparition de cette tumeur, elle était pléthorique. Mariée encore jeune, elle s'est noblement acquittée de ses devoirs d'épouse et de mère en donnant le jour à douze enfants forts et robustes.

Aussi longtemps que ce néoplasme ne l'a pas trop vexée, elle l'a vu et senti se développer avec presque de l'indifférence. Ce n'est que l'an dernier qu'elle s'en est occupée sérieusement. Il est vrai de dire que le traitement et l'opinion des médecins qu'elle avait consultés jusqu'à cette époque ne l'avaient guère encouragée. On lui avait conseillé de consulter avec confiance les spécialistes de l'Hôtel-Dieu de Montréal. Elle ne suivit pas cet avis. C'est sous ces circonstances et dans ces conditions que cette malade songea à s'adresser à celui qui a l'honneur de vous faire rapport ce soir, de ce cas intéressant.

La durée de la maladie, environ quatre ans, et l'histoire quelle me fit de son évolution, m'entraînèrent à penser qu'elle portait une tumeur ovarienne.

Premier examen. Mais avant, M^{me} B. m'apprend qu'elle a toujours été réglée régulièrement et abondamment, sauf quelques écarts ménorrhagiques persistant quelques semaines. Au moment quelle me consulte, elle est en pleine période cataméniale. Vu quelle demeure à une distance considérable de St-Eustache, et qu'il lui sera difficile de revenir prochainement, je ne crus pas devoir la laisser retourner chez elle sans l'examiner même incomplètement afin de la renseigner aussi exactement que possible sur sa maladie et ses conséquences. Je procédai seulement à l'examen externe et me convainquit assez positivement qu'elle portait une tumeur ovarienne.

La sonorité était manifeste entre les fausses côtes et la crête de l'Ilium droit : elle ne pouvait aussi être méconnue à quelques travers de doigts au-dessus de l'ombilic en suivant, d'un hypocondre à l'autre, une ligne à courbure supérieure—ligne ovarienne. La fluctuation était évidente ; le facies ovarien. Parce qu'elle était menstruée, je remis à plus tard l'intention de compléter cet examen par le vagin, la matrice, le rectum et la vessie. Toutefois je suis d'opinion que, dans un cas d'urgence, il ne peut y avoir d'objection sérieuse à introduire la sonde dans la matrice pendant les règles, mais ne me trouvant pas dans cette occurrence, je crus agir prudemment en lui conseillant de me revenir au premier beau chemin du mois de mai. Elle ne me revint pas.

Conseillé par son médecin ordinaire, elle alla consulter les médecins extraordinaires de l'Hôtel-Dieu.

Après examen minutieux et répété par les membres les plus illustres de la docte faculté, il fut amphiatiquement déclaré que mon humble diagnostique n'était ni plus ni moins qu'erroné : que ce néoplasme n'était rien autre chose qu'une tumeur cancéreuse de la matrice ; qu'il n'y avait pas lieu à une prise chirurgicale ; que cette infortunée mère de famille devait subir patiemment l'œuvre impitoyable de cette maladie, et se résigner, sans espoir, à son malheureux sort. On poussa le dévouement jusqu'à faire un rapport soigné de ce brillant diagnostique et on le fit parvenir, à courte échéance, au médecin ordinaire de cette malade.

Le cœur navré et le désespoir dans l'âme, notre malade reprit le chemin de sa demeure. Sa raison faillit faire naufrage sous le coup de ces pénibles impressions. Une longue année d'angoisse, de larmes et de résignation s'est écoulée depuis cette décision mémorable.

Je revis M^{me} B... au commencement de mars dernier, et ce n'est qu'alors que j'appris ce qui s'était passé depuis notre première entrevue.

Je la soumis à un examen complet cette fois et lui répétai qu'elle portait une tumeur ovarienne qui pouvait et devait être enlevée le plus tôt possible, sinon quelle devait se préparer à mourir avant longtemps. Son ventre était si énormément distendu qu'elle ne pouvait plus se coucher depuis plusieurs semaines ; sa respiration était considérablement gênée ainsi que les fonctions digestives.

Second examen. Ce second examen ne fit que confirmer le premier et me fournit les indications suivantes :

La cavité utérine mesurait 72 millimètres, ce que je ne pris pas pour une exagération mordide pour une femme qui avait

ou 12 enfants. N'était-ce pas là plutôt une légère subinvolution ?

Le cathétérisme utérin ne me fournit aucune indication qui pût me faire croire à une altération quelconque de la matrice dont le corps était légèrement attiré du côté gauche et le col en arrière. Les mouvements de latéralité, de descente et d'ascension de toute la masse abdominale n'imprimait aucune secousse sensible et significative à la sonde introduite jusque dans le fond de la matrice. On conçoit toute la valeur diagnostique de cette partie importante de l'examen; l'utérus était évidemment indépendante de la tumeur et réciproquement.

Par le toucher rectal, il était facile de constater que le col et le corps de la matrice étaient normaux et que le cul de sac de Douglass n'offrait rien que de physiologique. Le diagnostique ne pouvait être douteux: "*Tumeur ovarienne originant de l'ovaire gauche.*" L'abdomen était parfaitement lisse et fortement tendu. Était-ce un mono ou un polyciste? Cette question est entièrement du domaine des probabilités. Y a-t-il des adhérences considérables? Autre question impossible à résoudre positivement et d'aucune utilité pratique, quoiqu'en dise Kæberlé.

Faudra-t-il pour élucider encore le diagnostique avoir recours aux ponctions exploratrices? Je n'y songeai pas sérieusement parce que j'abhorre ce moyen de renseignement qui peut avoir bien rarement son utilité pratique et très souvent des conséquences fatales. Cela se conçoit.

Enfin je constate à nouveau qu'il n'y a chez cette patiente aucune trace d'affection organique; que la constitution et la santé ont toujours été irréprochables; je suis entraîné à pronostiquer favorablement.

C'est le temps de la ménopause pour ma malade dont la constitution tend à l'équilibre physiologique par une légère ménorrhagie qui n'a que l'inconvénient de l'ennui qu'elle impose.

Je lui pose hardiment la question de l'opération; elle hésite et demande quelques jours de réflexion. La chose en valait la peine. L'opinion des spécialistes de l'Hôtel-Dieu l'obsédait sans doute.

Quatre jours plus tard, je revois ma malade et je renouvelle mon examen qui ne change nullement mon diagnostique et ne fait que le confirmer. C'est à cette visite que l'opération fut décidée et fixée au 14 mars dernier.

Si j'en avais eu la liberté, j'aurais différé cette opération, parce que le mois de mars, dans notre pays, n'est pas très sain par les vents de l'est, les tempêtes de neiges, les brouillards et les

changements brusque de la température qui ont lieu si souvent dans cette saison. Les spécialistes les plus autorisés s'accordent à reconnaître que ces variations atmosphériques ont une influence funeste dans l'ovariotomie. Mais il y avait urgence; il me fallait procéder sans retard. Heureusement que je fus favorisé d'une température splendide le jour de l'opération et les trois jours consécutifs.

Opération. Comme ce n'est pas une clinique que j'ai la prétention de vous donner sur cette importante question chirurgicale, mais d'en faire un rapport que j'ai préparé à la demande de quelques membres de la Société Médicale, je m'abstiendrai de décrire minutieusement le mode opératoire que j'ai suivi; je ne vous en décrirai que les particularités importantes. Cette opération a été trop bien décrite dans les ouvrages didactiques par Kœberlé, Spencer, Wells, Pean, Bilroth et d'autres grands maîtres qu'il serait fastidieux d'en entreprendre une nouvelle description devant une société de médecins dont j'ai appris à respecter depuis longtemps la science et les talents.

Et d'abord, inutile de dire que la malade fut profondément anesthésiée. En ouvrant l'abdomen, au lieu d'élection, entre l'ombilic et le pubis sur la ligne blanche, j'incisai juste sur une adhérence très résistante qui réunissait intimement un énorme kyste au péritoine. La paroi abdominale était légèrement infiltrée. J'essayai de vaincre cette adhérence, mais l'obstacle était tel que je craignis de faire fausse route entre le fascia transversale et le péritoine et je me souvins que Hutchinson appelle l'attention sur la *difficulté spéciale* que présentent les adhérences antérieures: "on peut, dit-il, avoir beaucoup de peine à reconnaître les limites du kyste. L'opérateur peut prendre l'espace cellulaire qui se trouve entre le *fascia transversalis* et le péritoine pariétal pour celui qui existe entre le péritoine et le Kyste. Cette erreur, si elle n'est pas reconnue promptement, peut causer des dangers. En cherchant à éviter cet écueil, le chirurgien peut tomber dans un autre et peut retrancher le péritoine viscéral du kyste; dans un grand nombre de cas, l'extérieur du kyste, séparé du péritoine, ne est poli, blanc et brillant, les adhérences sont celluluses et faciles à déchirer, de sorte que rien n'indique au chirurgien son erreur. Un moyen ajoute-t-il, décarter le risque de ces deux erreurs, c'est d'agrandir la plaie en haut jusqu'à ce qu'on arrive à un point où il n'existe plus d'adhérences. Quand le doigt de l'opérateur a touché l'intestin, il sait ce qu'il est, et peut rompre les adhérences sans crainte de se tromper."

Le moyen d'écarter la difficulté, recommandé par Hutchin-

son était inapplicable ici puisque la tumeur remontait jusqu'à l'appendice xiphoïde et adhérait au foie, au ligaments rond et large, à l'estomac, au colon transverse, à toute l'étendue du grand épiploon et à toute la paroi abdominale jusque près de la région pubienne. J'aurais cherché vainement la cavité péritonéale et l'intestin en haut. Aussi je ne songeai pas à attaquer mon ennemi par cet endroit. Je prolongeai mon incision jusqu'à quelques centimètres du pubis, ne m'inquiétant pas de la vessie que je savais être vide. En atteignant cette région, j'eus le bonheur de tomber dans la cavité péritonéale. Le grand kyste qui se trouvait en vue, fut perforé avec le trocart de Spencer Welles et donna vingt-sept litres de liquide trouble. Six autres kystes, à base charnue, fibreuse, les uns du volume du poing les autres de la grosseur d'une tête de fœtus à terme, qui avaient proliféré vers le centre du grand kyste, contenaient des liquides et des substances divers.

Je ne rencontraï point de difficultés bien grandes à défaire les adhérences. Je fus cependant obligé de recourir au scalpel et au ciseau pour diviser quelques bandes fibreuses trop résistantes pour céder au travail purement manuel. Aucune de ces bandes fibreuses ne renfermaient de vaisseaux sanguins importants.

Comme je l'ai dit l'épiploon était adhérent dans toute son étendue avec la face postérieure de la tumeur. Je l'en séparai avec beaucoup de précaution. La moitié inférieure de cette membrane était tellement altérée et ramollie que la moindre traction la déchirait. Enfin j'arrivais sans accident au terme de l'opération qui a duré une heure et demi. La tumeur sortie du ventre, je procédai à la ligature du pédicule. Ce pédicule ne mesurait qu'environ deux pouces de longueur par un pouce de diamètre. Trop court pour être saisi et maintenu au dehors par le clam sans être fortement tirailé, et trop gros pour être ligaturé en masse, j'en fis la ligature perdue et partielle. Je le transfixai vers son milieu avec l'éguillo de Savigny chargée d'une ficelle de fouet, en évitant soigneusement de ne pas perforer ses vaisseaux, et je liai fermement ses deux moitiés; puis j'enlevais la tumeur par un dernier coup de scalpel appliqué à environ trois quarts de pouce au-dessus de la ligature.

L'épiploon, comme je viens de vous le dire, était tellement altéré et ramolli qu'il eut été plus qu'imprudent de le laisser intégralement dans l'abdomen. Je le sortis du ventre et l'étais sur une serviette bien blanche préalablement étendus sur la région épigastrique. Je ligaturai avec de la soie bien fine,

tous les vaisseaux de quelque dimension appréciable vers la partie moyenne et transversale de cette membrane et j'en enlevai la moitié inférieure.

Après m'être attentivement assuré que cette moitié restante était relativement saine et qu'il ne s'en écoulait pas une seule goutte de sang, je l'étendis sur les intestins et je continuai la toilette de l'abdomen.

Cette toilette est d'une importance majeure : une condition *sine qua non* de succès dans cette grande et périlleuse opération. Tout l'intérieur de l'abdomen doit attirer l'attention sérieuse de l'opérateur; le moindre suintement de sang doit être contrôlé. La toilette du cul de sac de Douglass doit être particulièrement *soignée*. La moindre négligence dans ce pansement de l'intérieur du ventre peut avoir des conséquences fatales. Il est donc du devoir du chirurgien d'être très particulier dans ces détails délicats de l'opération.

Certains spécialistes attachent de l'importance à la cautérisation, par le fer rouge, de l'extrémité du pédicule à ligature perdue ou à sa dessiccation par le perchlorure de fer en poudre. Ce moyen me répugne, je ne l'aime pas.

Notre thermo-cautère était prêt et je ne voulus cependant pas m'en servir parce que je ne crois pas aux avantages des escharres dans le ventre. Ces cautérisations peuvent devenir des centres d'inflammation, de gangrène et de suppuration, et avoir des conséquences désastreuses. Ce moyen, il est vrai, a souvent été mis en application, et les opérées n'en sont pas moins arrivées à la guérison; celles qui n'ont pas été cautérisées ont guéries également. Laissez-moi vous dire franchement que, pour moi, c'est un *post hoc* qui ne m'impose pas une confiance solide dans le *proter hoc*.

Je soulevai ensuite l'utérus à la hauteur du détroit supérieur pour constater *de visu*, avec les six médecins qui m'avaient fait l'honneur et rendu le service de m'assister dans cette belle et grande opération, que cette organe était parfaitement sain et qu'il n'avait jamais servi de territoire aux empiètements d'un *néoplasme cancéreux*.

Suture : Je suturai la plaie abdominale suivant la méthode de Spencer Wells, avec cette différence qu'au lieu de placer les sutures profondes à une distance seulement de 13 millimètres l'une de l'autre, je les éloignai d'un centimètre et demi et je fis une suture cutanée intermédiaire. Par les sutures profondes, je compris le péritoine et toute l'épaisseur de la paroi abdominale. Koeberlé n'intéresse point le péritoine dans sa manière de suturer; il semble donner une certaine importance à cette précaution. Il ne m'appartient pas de hasarder un

jugement sur le *modus operandi* et les spéculations théoriques de ces illustres maîtres. Je me contente de les admirer et je m'efforce de mettre en pratique leur brillant enseignement. Cette suture n'a été pour moi qu'une question d'option. Cependant je dois dire que je préfère un bon fil de chanvre bien ciré au fil d'argent parce qu'il est aussi solide que ce dernier et plus aisé à enlever lorsque la plaie est parfaitement réunie ; ce qui a lieu, à moins d'accidents, vers le septième ou huitième jour.

Pansement : Un morceau de lint placé sur la plaie : deux coussins de ouate épais d'un centimètre recouvrant tout l'abdomen, et une bande de flanelle forte assez longue pour faire deux fois le tour du corps et solidement fixée avec des épingles font tous les frais du premier pansement ; puis la malade est reportée dans son lit. Je ne partage pas l'opinion des chirurgiens qui veulent que la malade subisse cette opération dans son lit afin d'éviter les déplacements. Ce déplacement ne comporte aucune objection sérieuse s'il est conduit d'une manière intelligente ; tandis que le lit ordinaire en est une formelle pour moi, à moins qu'il n'aurait été construit en prévision d'ovariotomie, ce qui n'est pas probable, on le sait.

Comme vous le voyez les sutures et tout le pansement sont on ne peut plus simples. J'ai évité soigneusement la bijouterie chirurgicale parce qu'elle est inutile et n'a que du brillant ; aussi je la déteste cordialement. Plus on simplifiera la chirurgie, plus elle sera efficace, belle et grande. La science réelle n'a pas besoin de décors qui ne font que chagriner sa radieuse et sublime splendeur.

Le facies de l'opérée est excellent ; son pouls bat 90. Quoique condamnée au silence absolu, elle ne peut s'empêcher de me dire : *Merci*. Ce petit mot est immense dans le succès.

Comme il m'est impossible de surveiller journellement le traitement consécutif, j'en chargeai mon intelligent et zélé neveu, le Dr Alfred Savard. Je visitai la malade durant les huit premiers jours après l'opération.

Durant les trois jours qui suivirent l'opération, le pouls oscilla de 90 à 108, et même à 125 vers le milieu du second jour. Cette augmentation du pouls eut lieu après un vomissement considérable, le seul qu'elle a eu dans toute sa convalescence. Je fis le premier pansement de la plaie abdominale le quatrième jour ; elle était réunie par première intention. L'état général de l'opérée est on ne peut plus rassurant : Aucune douleur à la pression sur l'abdomen ; légère transpiration occasionnée par la haute température dans la maison, langue un peu blanche, bon facies ; la nuit, sommeil calme et réparateur ;

appétit excellent; enfin tout annonce que la guérison s'effectue rapidement.

Les deux premiers jours après l'opération, j'ordonnai pour toute nourriture le lait à la glace. Maintenant je lui fait prendre le lait sans glace et du thé de bœuf. Elle use de cette nourriture à discrétion jusqu'au septième jour; puis elle revient insensiblement à son régime habituel. Il est important après cette opération comme après toutes les grandes opérations, que les malades ne soient point soumis à une diète sévère mais qu'ils soient soutenus par une nourriture substantielle et non stimulante.

J'enlevai les sutures profondes et cutanées le huitième jour. La plaie était solidement réunie, sauf la peau dans une étendue de deux pouces au milieu de la plaie, qui ne l'était pas. Il y avait à cet endroit une légère suppuration. Je fis laver cette solution de continuité avec l'eau d'épinette rouge qui, dans mon opinion, est un précieux détersif. Cette eau d'épinette jouit, à juste titre, d'une grande réputation dans nos campagnes canadiennes et dans nos chantiers. Dans les chantiers de l'Ottawa et de ses tributaires, les bucherons qui sont si exposés à se faire de graves blessures se dispensent assez facilement des services du médecin. L'écorce d'épinette bien pilée leur sert de charpie, et la décoction de cette même écorce leur fournit l'eau pour le lavage de leurs plaies. Ce pansement est très efficace et, dans mon opinion, supérieure à l'alcool camphré et à l'eau phéniquée dont l'odeur est repoussante, tandis que l'eau d'épinette a une odeur très agréable.

Huit jours plus tard, c'est-à-dire quinze jours après l'opération, mon opérée était complètement guérie, quoique je lui euf fait une incision de 33 centimètres à la paroi abdominale.

Cette rapide guérison me rappelle que Koeberle dit: "Lors qu'on a fait une ligature perdue du pédicule, ou qu'on s'est rentré ce dernier dans la cavité abdominale après l'avoir cautérisé, on peut obtenir d'emblée la réunion immédiate sur toute l'étendue de l'incision, qui a été réunie alors dans toute sa longueur, et les opérées peuvent être complètement guéries au bout d'une dizaine et d'une quinzaine de jours. Les soins consécutifs se réduisent alors à très peu de chose."

Quoiqu'il ne survint aucun accident pendant la convalescence, j'exigeai que ma malade gardât le lit pendant trois semaines afin que la plaie fut parfaitement consolidée avant que l'opérée ne songeât à reprendre ses occupations habituelles.

Quand la guérison n'est nullement entravée, il est étonnant de constater avec quelle rapidité la constitution récupère ses forces après cette grave opération.

J'ai cru qu'il serait inutile et superflu de donner plus de détails sur le traitement consécutif, sachant que j'aurais l'honneur de soumettre ce rapport à des médecins éclairés.

Avec votre bienveillante permission, je vais attirer votre attention sur une question capitale avant de terminer ce rapport qui a, sans doute, le malheur d'être trop long déjà. J'aborde un problème délicat que j'entends résoudre dans un sens qui pourra peut-être ne pas satisfaire nos chirurgiens des hôpitaux ; mais je m'en console en songeant qu'eux et tous les membres de notre noble profession, aussi bien que moi, nous n'avons aucun intérêt qui puisse primer celui que nous portons à nos malades. Toute notre vie, comme dit Trousseau, est le patrimoine de notre clientèle.

Je pose cette question délicate et sérieuse : Doit-on ovariectomiser dans les hôpitaux ordinaires ?

Comme je ne veux pas que l'on soupçonne chez moi une velléité d'intérêt personnel, je laisserai parler Barnes au nom de la science et du bon sens :

"Une garde, dit-il, qui s'occupe d'une ovariectomisée ne doit avoir aucun rapport avec d'autres malades ; elle doit surtout n'être pas exposée à toucher des plaies chirurgicales ou infectieuses. Ce point touche à la grande question de savoir si cette opération doit être faite par les chirurgiens d'hôpitaux. On peut avancer que toutes les grandes opérations exposent les malades à plus de dangers si elles sont faites dans un grand hôpital ; mais ce n'est pas une raison suffisante pour ne pas les faire dans ces établissements. La condition de la malade peut ne pas lui laisser le choix : de plus l'habitude exercée du chirurgien d'hôpital, et la perfection de l'arrangement de l'établissement peut contrebalancer les inconvénients. Cela admis, on demandera : L'ovariectomie présente-t-elle des conditions spéciales, qui en fassent une exception à la règle générale, et fassent pencher la balance de l'autre côté ? Je crois que oui.

L'ovariectomie a quelque analogie avec la parturition. L'ablation subite d'une énorme tumeur qui s'est nourrie aux dépens de l'organisme amène une révolution de toute l'économie, et une modification subite dans l'élément dynamique, qui rend l'ovariectomisée, comme l'accouchée, particulièrement sensible à l'action des virus. Au risque commun aux deux sortes de malades, s'ajoute la plaie du péritoine dont le tissu est tellement sensible, aux influences toxiques, et absorbe si facilement toute infection que le chirurgien ou son assistant, qui, comme l'a dit Sydney Smith, travaillent constamment "dans le pus et les miasmes" peuvent apporter.

“ Je crois qu'on peut diminuer beaucoup ce danger en employant soigneusement les méthodes antiseptiques, si heureusement appliquées aux autres départements de la chirurgie. Il est singulier qu'une opération qui exige des soins plus attentifs, qu'aucune autre, ait été la plus négligée sous ce rapport. Malgré toutes les *précautions imaginables*, je ne *crois pas cependant que l'ovariotomie donne jamais dans les grands hôpitaux des résultats aussi favorables que dans les maisons particulières ou dans les hôpitaux spéciaux*. Dans notre pays, où les droits des classes inférieures sont plus respectés qu'en aucun autre, on admet qu'on est justifié à accoucher une femme dans un hôpital d'accouchement, ou dans un hôpital général, que dans des cas particulièrement exceptionnels. Pénétré de ce principe, j'ai cru de mon devoir de résister fermement à l'extension des maternités, malgré les grandes tentations que ces institutions offrent à l'observation et à l'enseignement. La passion de l'étude doit être subordonnée aux droits de l'humanité.”

Je livre, sans commentaires, cette opinion du grand gynécologiste anglais à la sérieuse attention de la profession médicale du pays.

N. B.—Mon opérée jouit maintenant d'une parfaite santé.

Notes sur un cas de cancer du foie et du pancréas-

(Lu devant la Société Médicale de Montréal, par H. E. DESROSIERS, M.D., Prof. à l'Université Laval Montréal, Médecin interne de l'Hôpital Notre-Dame.)

Les pièces pathologiques que je présente ce soir à la Société ont trait à un cas très intéressant qui s'est présenté ces jours derniers à l'Hôpital Notre-Dame et dont les faits principaux sont relatés dans l'observation suivante.

Observation.—E* L*, âgé de 28 ans, est admis à l'Hôpital Notre-Dame (Salle St. Joseph, No. 16), dans le service de M. le Dr Laramée, le 26 février. Il se plaint de douleurs vives dans la région épigastrique, douleurs qui, d'après son récit, sont surtout vives depuis à peu près sept semaines, mais qui ne l'ont forcé de cesser tout travail que depuis un mois environ. Il est impossible d'obtenir de détails sur l'état de santé des parents du malade. Celui-ci ne semble pas jouir de la plénitude de ses facultés mentales, et ne donne de ses conditions de

santé antérieure et des détails de la maladie actuelle que des renseignements fort imparfaits. On apprend cependant qu'il a souffert de malaise d'abord et de douleur ensuite aux régions épigastrique et hépatique depuis deux ans. Ces douleurs, comme il vient d'être dit, sont surtout vives depuis sept semaines. On apprend aussi, d'autre source, que la santé de ce malade a, la plupart du temps, été assez délicate. Mais ce renseignement est trop vague pour être de quelque utilité. Le patient a toujours été sobre et a mené une vie constamment régulière, bien que la couleur de son nez indiquât de prime abord un alcoolique.

L'état du patient, lors de son admission à l'hôpital est comme suit: Faiblesse considérable; dyspnée assez intense, la respiration étant de 40 par minute. Le pouls est accéléré, faible et petit. La température, je regrette de le dire, n'a pu être observée dans ce cas-ci. Cependant, elle n'est pas très élevée, autant qu'on en peut juger par le toucher. Le tissu cellulaire sous cutané est légèrement infiltré de sérum, surtout aux parois antérieure latérale et postérieure de la poitrine et aux membres inférieurs. On remarque que sur la paroi antérieure de l'abdomen les veines superficielles sont gorgées de sang, indice d'une circulation difficile dans le système des veines intestinales.

Outre les douleurs vives qu'éprouve le malade dans la région du foie, qui l'empêchent de se redresser tout à fait, et le forcent à marcher un peu courbé, il y a aussi à la région hépatique une sensibilité considérable, tellement que le malade peut à peine supporter la plus légère pression. Cette sensibilité est évidente aussi à l'épigastre, mais moins que vers l'hypochondre droit. Avec cela il y a hypéresthésie s'étendant à toute la surface du corps. Toute la peau est sensible à la pression.

À l'auscultation, on n'entend le murmure respiratoire, du côté droit, qu'à la partie supérieure et moyenne du thorax, jusqu'à environ un travers de doigt au-dessous du mamelon. Du côté gauche, il y a aussi une légère diminution du murmure respiratoire, à la partie inférieure, mais non d'une manière marquée.

À la percussion on constate une matité bien caractérisée limitée par une ligne qui passerait à un travers de doigt au-dessous du mamelon droit et s'étendrait, jusqu'au même point du côté opposé pour revenir de là, en descendant obliquement à travers l'abdomen, passerait par l'ombilic et viendrait se terminer à environ un pouce et demi au-dessus de la crête iliaque droite.

Il n'y a ni nausée, ni vomissements. Les fonctions intesti-

nales sont régulières. L'urine contient une assez forte proportion de bile et la conjonctive a l'aspect jaunâtre de l'ictère. Pas de toux.

Le malade reste dans cet état jusqu'au 6 mars. Pendant tout ce temps on prescrit une nourriture concentrée et de facile digestion, quinine, etc. Le 6, le nez du patient commence à se tuméfier et présente bientôt l'apparence luisante de l'érysipèle. L'érysipèle se montre également dans les deux jours qui suivent, aux oreilles, au prépuce et sur les cuisses. Il a le caractère erratique. La fièvre augmente, le pouls s'accélère davantage, la respiration devient de plus en plus difficile et le malade meurt, le 8, autant par apnée que par asthénie.

L'autopsie est faite 60 hrs après la mort. En voici le résultat: A l'ouverture de l'abdomen, on voit que le foie occupe tout l'espace limité par la matité. Il est parsemé, comme vous le pouvez voir, de plaques blanches dont quelques-unes représentent des nodosités, et d'autres, des points ramollis. A la section il présente l'aspect que vous voyez ici. La vésicule biliaire est atrophiée. Le foie est adhérent au diaphragme. La cavité péritonéale est à moitié remplie d'un serum sanguinolent. Le foie repousse très en haut le poumon droit et même le cœur. Les deux plèvres contiennent une petite quantité de serum. Du reste, elles sont saines. La rate aussi est saine, de même que les reins. Le cœur est petit. L'estomac est parfaitement sain.

Le foie étant enlevé, on découvre au-dessous du duodénum et du colon une tumeur d'aspect blanchâtre et d'une consistance très dure. En essayant de la contourner, on voit qu'elle est adhérente en arrière à la colonne vertébrale et à la masse intestinale en avant. Cette tumeur est formée par le pancréas. Vous le voyez ici. Tous les lobules de cette glande ont été envahis par la maladie. Plusieurs sont ramollis.

Le foie pèse 127 onces et le pancréas 22 et demie. Vous savez que, à l'état normal, le foie d'un adulte pèse 53 et le pancréas, 3 onces.

L'examen microscopique a révélé la présence de cellules cancéreuses (grosse cellules à noyaux) dans les masses ramollies tant du foie que du pancréas.

Le cas que je viens de rapporter offrait certaines difficultés de diagnostic incontestables. En premier lieu il était impossible de reconnaître, par l'histoire clinique, l'existence d'une affection quelconque du pancréas, le foie, comme je l'ai dit, couvrant entièrement la partie antérieure et latérale droite de l'abdomen. De plus, les symptômes du cancer du pancréas sont en général très mal définis, et fort incertains.

Quant au foie lui-même, la difficulté de diagnostic tenait à l'âge du malade, à l'absence de symptômes gastriques, à l'absence de la cachexie cancéreuse et de cancer dans d'autres organes. De plus il y avait un peu de fièvre.

L'âge du malade devait faire rejeter, de prime abord, l'idée de cancer, puisque, en règle générale le cancer ne se montre qu'entre 40 et 60 ans. Cependant, les statistiques de Liechtenstern indiquent que sur 472 cas de cancer du foie, il en a découvert 37 où la maladie s'était manifestée chez des sujets de 20 à 30 ans, ce qui donne une proportion de 7,8, 10 pour cent. (1)

Chose remarquable, les troubles gastriques ont été à peu près nuls dans tout le cours de la maladie. Il n'y a eu ni vomissements, ni diarrhée.

Quand la marche du cancer est rapide, dit Murchison, il peut y avoir un certain degré de fièvre (2). C'est ce que nous avons remarqué dans ce cas.

Le malade ne présentait certes pas l'apparence si caractéristique de la diathèse cancéreuse et n'était pas émacié à un degré bien marqué. Seulement il éprouvait une faiblesse extrême. Remarquons aussi qu'il ne se plaignait de douleurs vives que depuis à peu près sept ou huit semaines.

Le cancer primitif du foie est, comme vous le savez tous, moins fréquent que le cancer secondaire. Liechtenstern énonce cet axiome de la manière suivante (3):

"Dans quels organes origine le plus souvent le cancer qui produit le cancer du foie? Il y a deux réponses à cela: 1o. Dans les organes dont le sang veineux se vide dans celui de la veine-porte, c'est-à-dire estomac, intestins (rectum), péritoine et pancréas; 2o. Dans les organes qui sont le plus souvent siège de cancer, c'est-à-dire estomac, uterus; mamelles, rectum, péritoine, pancréas et ganglions lymphatiques."

Dans le cas présent, le pancréas seul était envahi de concert avec le foie. Dans lequel de ces organes la maladie a-t-elle pris naissance? Les symptômes commémoratifs n'ont pu nous donner aucun renseignement là-dessus. Le cancer a dû, dans ce cas-ci, suivre une marche assez rapide, vu le peu de cachexie imprimée à l'organisme.

Si les conditions que je viens d'énumérer étaient de nature à rendre le diagnostic incertain, il en était d'autres, par contre,

(1) Ziemssen's Cyclopaedia—Vol IX, page 363.

(2) Murchison—Leçons cliniques sur les maladies du foie, page 217.

(3) Liechtenstern, *Op citat.*, p. 366.

qui auraient indiqué assez clairement la nature de l'affection, si nous en croyons Murchison.

Nous avons, par exemple, une augmentation considérable dans le volume du foie. Celui-ci était dur et résistant à la pression, en même temps que très douloureux au plus léger palper. Murchison dit que l'ictère existe dans un grand nombre de cas, et, une fois présent, disparaît rarement. Ici il n'était pas très considérable, comme nous l'avons vu, mais il a été persistant jusqu'à la fin.

La pression sur les veines intra-abdominales avait amené de l'ascite et un développement anormal des veines superficielles de l'abdomen. Ces deux caractères enregistrés par Murchison comme appartenant au cancer ne pouvaient faire soupçonner, ici, que la présence d'une tumeur quelconque gênant la circulation des vaisseaux intra-abdominaux.

Murchison dit enfin que, dans le cancer du foie, la rate est rarement plus volumineuse qu'à l'état normal, ce qui constitue un caractère important pour distinguer le foie cancéreux du foie amyloïde ou cirrhotique. Dans le cas actuel, la rate était parfaitement normale en consistance et en volume.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET CLINIQUE MÉDICALES.

De la constipation.—M. LASÈGUE.—La constipation est un retard d'évacuation par rapport aux habitudes d'un individu. Elle a des lois de périodicité non absolues mais relatives aux individus et à l'état différent de santé ou de maladie chez le même sujet. Pour juger de la constipation d'un individu, il faut tenir compte de ses habitudes antérieures.

La constipation n'est pas seulement horaire, mais encore quantitative. Ainsi tel individu qui ne va à la garde-robe que tous les jours, rend une quantité en rapport avec le stock des matières qu'il possède dans son magasin intestinal. C'est une question de *doit* et avoir, d'entrée et de sortie. Tel autre, au contraire, bien qu'il aille régulièrement chaque jour à la selle, rend moins que son stock ne l'exigerait, et par suite ne vide pas complètement son gros intestin.

Vous pouvez comparer cela à la vessie d'un homme qui urine cinq ou six fois dans une nuit. A-t-il pour cela vidé sa vessie ? Non, car il peut avoir une rétention vésicale, et rien ne dit que, malgré ces mictions répétées, il ne reste pas encore une certaine quantité de liquide dans le réservoir vésical.

Le nombre de fois, non plus que la régularité horaire, ne suffisent pas pour déterminer s'il y a ou non constipation, mais il est aussi nécessaire d'avoir la quantité.

Il y a donc deux constipations : la constipation apparente, celle qui est manifeste pour le malade, et la constipation latente, c'est-à-dire celle dont il ne se rend pas compte.

On peut avoir de la constipation tout en ayant une diarrhée de cinq à six selles même par jour. Vous avez dans ce cas, affaire à un constipé qui a détaché, à chacune de ses gardes-robes, une petite quantité de son stock ; la première fois ce sera une seule caprime, une petite crotte à peine grosse comme le bout du doigt, puis les selles suivantes, toutes diarrhéiques qu'elles sont, seront le résultat d'une sécrétion particulière qui liquéfie peu à peu partie des matières accumulées dans son gros intestin, comme une petite pluie mouille parfois considérablement un trottoir transformant en une liquide la poussière qui le recouvre, sans entraîner pour cela toutes immondices qui y ont été déposées.

La constipation peut donc exister avec des matières rendues fréquemment, chichement et sèchement, comme elle peut exister avec des matières rendues fréquemment, chichement et humidement.

C'est alors qu'appelé auprès d'un malade pour cette diarrhée qui s'allie parfaitement à une constipation qu'on vous laisse ignorer parce qu'elle est latente et dont vous n'avez nul souci, que vous ignorez absolument, vous ordonnez bravement, et sans examen, de l'opium, fournissant ainsi un nouvel aliment à cette constipation que vous auriez dû combattre, mettant ainsi un nouveau bouchon à la bouteille de votre malade.

Tout homme doit-il, ou non, rendre une certaine quantité de matières dans un temps donné, et, s'il ne le fait pas, manque-t-il à tous ses devoirs ? Ces matières doivent-elles être rendues proportionnellement à la dose qui a été ingérée, et à la manière dont elles ont été ingérées, autrement dit en un ou plusieurs repas ? Doivent-elles être rendues proportionnellement aussi à la qualité des aliments introduits dans le gros intestin, proportionnellement aux déperditions qui peuvent se faire par d'autres voies telles que les urines, la sueur, etc., et ces déperditions ont-elles une influence sur la qualité même de la matière et facilitent-elles leur induration ?

Vous voyez que le problème de la constipation est loin d'être simple.

Un homme est au lit depuis huit jours, par exemple, pour une pleurésie, une bronchite ou autre accompagnée d'une fièvre modérée, son régime est annulé; antérieurement à cet état morbide, il n'avait jamais de constipation, et le voilà qui tout à coup reste sept ou huit jours sans aller au garde-robe, c'est-à-dire dès le début de sa maladie. Son médecin a oublié de s'en occuper, et ce n'est qu'un certain jour qu'il s'aperçoit qu'il y a là une rétention des matières fécales. Quant au malade, il ne s'en étonne nullement; il y a huit jours, dit-il, qu'il n'a rien mangé; il n'a rien pris, il n'a rien; pas d'argent, pas de suisse. C'est une phrase que vous entendrez prononcer chaque jour.

Toutes les fois qu'en médecine une induction est tirée du sens commun, elle est mise à la porte. Nous vivons non pas sur ce qu'on dit, mais sur ce qui est. C'est ainsi que nous ne tenons pas compte de ce que nous dit le malade sur l'absence d'alimentation, comme cause de sa constipation, et nous ordonnons un purgatif afin de faciliter l'écoulement du stock des matières intestinales accumulées. Le malade pourra remplir un vase à la suite de ce purgatif sans que pour cela ce vase soit plein de matières fécales, mais bien rempli par la sécrétion liquide due au purgatif, et les matières n'auront de fécales que l'aspect. La quantité rendue ne prouvera donc rien relativement au stock dont l'intestin aura été débarrassé.

Comment donc reconnaître la constipation véritable de la rétention fécale? Les rétentions fécales absolues, telles qu'elles constituent une dérogation aux lois physiologiques, sont de la rétention, tandis que la constipation dans laquelle il entre d'autres éléments est une constipation proprement dite.

Dans toutes nos conversations médicales, la constipation est doublée d'une épithète, et nous disons que le malade a une constipation habituelle, c'est-à-dire un état flottant, incertain. Il faut donc séparer ces deux mots, dont le plus difficile à étudier est bien certainement la constipation. La rétention fécale peut parfois entraîner la mort. Elle peut se faire dans différentes régions de l'intestin.

Et ici nous allons faire une série de demandes et de réponses comme dans le catéchisme.

D. Dans quelle région la rétention fécale a-t-elle lieu de préférence?

R. On suppose qu'elle a lieu de préférence dans l'extrémité inférieure du rectum?

D. Pourquoi a-t-elle lieu de préférence en cet endroit?

R. Parce que c'est là qu'on la rencontre avec le doigt.

D. Pourquoi ne se ferait-elle pas plus haut dans le gros intestin.

R. Parce qu'on ne peut pas l'y reconnaître.

D. Pourquoi ne peut-on pas l'y reconnaître ?

R. Parce qu'il n'existe aucun moyen de la distinguer, si ce n'est dans la région caecale, dans la typhlite.

La rétention fécale dans le côlon est surtout difficile à reconnaître lorsque le malade a, de temps à autre, des petites évacuations trompeuses.

A ce sujet, et pour couper un peu l'aridité du sujet que je traite, je vous raconterai l'histoire suivante : A l'époque où j'étais chef de clinique de Trousseau, celui-ci donnait des soins à un personnage célèbre, surtout par les caricatures qui en étaient journellement faites par des artistes avec lesquels il s'était lié, à tel point que sa charge se voyait partout. C'était un chef de bureau d'un ministère quelconque, qui avait remplacé un œil perdu par un bandeau noir, de préférence à un œil de verre, qui, disait-il, se voyait beaucoup plus. Cet homme était porteur d'un ventre si colossal qu'il ne ressemblait à rien ; seul un potiron sur sa tige pouvait lui être comparé. Un beau jour, il tomba malade, et ce ventre, si extraordinairement volumineux, augmenta encore : il souffrait beaucoup, mais il n'existait ni diarrhée, ni constipation, pas de vomissements, à peine quelques nausées. Médecins sur médecins furent appelés, chacun de porter un diagnostic plus ou moins fantaisiste, lorsqu'une nuit, tout à coup, huit à dix mois après le début de ses souffrances, notre homme est réveillé par un mal soudain, et n'a que le temps de sonner son domestique pour qu'on lui apporte en hâte un vase de nuit ; mais à peine celui-ci est-il rempli jusqu'au bord, que nouveau coup de sonnette, nouveau vase demandé, nouveau vase rempli ; troisième coup de sonnette, troisième vase apporté et rempli : le domestique est... sur les dents, et suffit à peine à la consommation des pots de chambre ; enfin, au dix-septième, l'intestin était satisfait, et notre homme éprouvait un de ces bien-être comme il n'en avait eu depuis longtemps. Sa maladie avait donc consisté tout simplement dans une rétention fécale de dix-sept pots de chambre, ce dont personne n'avait eu garde de se douter, d'abord par la difficulté d'explorer un pareil abdomen, ensuite par la régularité de son fonctionnement intestinal, tel que, comme l'employé de bureau modèle, il consultait chaque jour sa montre pour ne pas oublier l'heure réglementaire de sa présentation aux water-closets. Et le lendemain, Trousseau, en arrivant à l'Hôtel-Dieu, s'empressa d'aborder ses collègues

réunis dans la salle des médecins, qui devisaient encore de ce malade et du diagnostic de cette affection et leur disait : " Vous savez : Un tel," et chacun de s'écrier : " Saprelotte ! oui, nous le savons, sa tumeur ? Aurait-il succombé ?—Sa tumeur, répond Trousseau d'un air bourru, cette fameuse tumeur, c'était de la..... ! "

Stupéfaction générale.

A la sortie de l'hôpital, comme un de ses confrères lui reprochait l'expression qui lui avait échappé, Trousseau lui répondit : " Eh bien ! quand j'aurais dit des excréments, cela aurait-il sauvé grand'chose ? "

Mais revenons à la rétention fécale. La cause peut aussi exister non plus dans l'intestin lui-même, mais en dehors, et nuire à sa perméabilité ou l'obstruer. Telles sont : l'augmentation du volume de l'utérus, la grossesse, la tuméfaction de l'ovaire, la formation de brides dans le ventre à la suite de peritonites, etc.

Dans une autre catégorie rentrent les intoxications, notamment l'intoxication saturnine, ou l'ingestion de certains médicaments spéciaux, tels que le fer, qui amène parfois chez les jeunes filles des rétentions terribles, et l'opium, mais celui-ci moins cependant que le fer et le plomb.

Il existe d'autres causes, mais celles-ci d'un ordre plus délicat, très importantes, et qui se rapportent au fonctionnement du système nerveux relativement au mécanisme intestinal.

Parmi les affections de l'intestin d'origine nerveuse, nous avons les affections centrales, telles que la méningite infantile, qui amène une constipation absolue malgré les médicaments employés pour la combattre, si ce n'est parfois dans les derniers moments. Mais, de toutes, l'hystérie est le triomphe de la rétention fécale.

Une hystérique, dont la rétention fécale n'a d'autre origine que son état nerveux, la supporte avec indifférence, et sa durée peut varier de huit jours à six semaines, plus encore, parfois de six semaines à trois mois, voire même à six mois. J'ai eu l'occasion de voir une rétention de six mois, j'entends du moins qu'on me l'a dit dater de cette époque ; personnellement je n'en pouvais rien savoir, et franchement je ne pouvais suivre partout ma malade avec un panier pour recevoir ce qu'elle aurait eu besoin de rendre. Nous n'avons donc aucun moyen de vérifier l'authenticité de pareils faits, surtout lorsqu'ils se passent dans un pensionnat de jeunes filles, et, vous le savez, nul n'est trompeur comme une hystérique. Eh bien ! vous verrez chez de pareils sujets des rétentions fécales de trois mois supportées sans aucune incommodité.

Il est donc des cas où l'intestin n'est nullement touché par la présence de matières fécales accumulées, tandis qu'il en est d'autres où la rétention de courte durée peut amener des désordres. Les phénomènes sont donc complètement différents; de là un rôle différent aussi dans l'emploi des purgatifs selon que le bouchon fécal obture complètement ou incomplètement le tube intestinal. c'est-à-dire selon qu'il existe une obstruction absolue ou une simple rétention fécale.—*Le Nouveau Journal Médical.*

Des accidents à la suite des opérations d'empyème.—A la suite des injections faites dans la cavité pleurale, et que nécessite l'opération de l'empyème, on voit survenir parfois des accidents effrayants caractérisés principalement par des mouvements épileptiformes et se terminant quelquefois par la mort. Quand Maurice Raynaud communiqua, en 1875, à la Société médicale des hôpitaux ses deux premières observations, il terminait en disant: "Soyez certains que ce ne seront pas les seuls cas, il en viendra d'autres." En effet, l'attention une fois éveillée, Roger, Brouardel, Vallin, Lépine, Leudet, Goodhart, Williams, Laveran, Butlin, Cayley, etc., publièrent des observations. Les thèses de Auboin et Bertin du Château, celle de Landauzy mirent la question à son plan et lui donnèrent tout le relief qu'elle mérite. Le Dr G. Martin rassemblant tout ce qui avait paru sur ce sujet et y ajoutant des observations personnelles a fait de cette étude l'objet d'un travail inaugural. D'après lui, les injections faites dans la cavité pleurale après l'opération de l'empyème peuvent provoquer des accidents de deux ordres: les uns survenant brusquement sont surtout caractérisés par une perte subite de connaissance, de convulsions épileptiformes et l'état de mort apparente pendant un temps variable; la situation est grave, et l'issue est fatale dans le tiers des cas. Les autres, se produisant lentement, sont caractérisés par une paralysie revêtant tantôt la forme monoplégique, tantôt la forme hémiplégique: ceux-ci disparaissent rapidement et sans laisser de traces.

Que l'origine de ces accidents soit, comme le veut Maurice Raynaud, une compression du nerf phrénique, une anémie bulbaire comme l'admet Vulpian, ou un réflexe produisant un désordre d'inervation du système médullaire, nous ne nous y arrêterons pas, constatant seulement que l'autopsie n'a jamais montré de lésions capables d'expliquer les convulsions toniques et cloniques. Il vaut mieux remarquer que c'est surtout entre 20 et 30 ans et principalement chez les hommes qu'on a

observé ces phénomènes sans que le siège de l'empyème et la nature du liquide injecté aient une notable influence, et signaler que dans presque toutes les observations ils se sont produits quand l'injection était poussée trop fortement ou le liquide injecté trop abondant. Le précepte de faire des lavages lentement et avec la plus grande précaution ressort nettement des résultats de l'expérience et s'impose à l'opérateur. Pendant l'accès on ne pourra faire autre chose que d'essayer, par des frictions excitants, de réveiller l'action du cœur et au besoin on pratiquera la respiration artificielle: la médication est nulle, et les divers essais n'ont jamais produit rien qui vaille en pareille circonstance.—*Revue de Theurapeutique.*

Nouveau procédé d'anesthésie.—Un dentiste de Philadelphie, le Dr Bonwill, fait faire à ses clients qu'il doit opérer une série d'inspirations aussi rapides et aussi profondes que possible, pendant environ une minute. Dans ces conditions, on peut arracher les dents les plus solidement enracinées, ouvrir les abcès, cautériser les nerfs, faire enfin toutes les opérations de courte durée les plus douloureuses, sans que le patient accuse la moindre douleur. Il importe que, tant que dure l'opération, le malade continue à respirer de la manière que nous venons d'indiquer, à raison d'au moins cent mouvements respiratoires par minute.

Le Dr Lee (de Philadelphie) a, de son côté, appliqué avec succès ce procédé. Il a pu, chez un jeune homme nerveux, ouvrir un abcès du périnée, sans que le patient manifestât la moindre douleur; il fit une incision longue d'un pouce et qui donna issue à une grande quantité de pus. Le malade, qui n'avait rien ressenti, fut tout surpris d'apprendre la fin de l'opération qu'il appréhendait tant. Plus tard, des trajets fistuleux s'étant établis, le Dr Lee coupa avec des ciseaux des brides charnues longues d'un pouce chacune, sans que le malade ressentit encore la moindre douleur.

Ce procédé d'anesthésie semble jouir déjà d'une certaine faveur en Amérique. Le Dr Howson n'aurait plus recours qu'à lui dans sa pratique obstétricale. Si, d'autre part, on emploie cette méthode simultanément avec les agents ordinaires de l'anesthésie, il faudrait employer une moindre dose d'anesthésique pour obtenir le sommeil et la résolution musculaire.

Ces faits curieux méritaient de fixer l'attention. Tout d'abord, il fallait les contrôler: c'est ce que vient de faire un dentiste de Monaco, M. Ash, et il a pu extraire 15 dents par

ce procédé, toujours avec un excellent résultat. Nous rapportons une seule des observations de M. Ash :

« Demoiselle de 20 ans, dents très-serrées gencives enflammées, extraction de la première grosse molaire gauche de la mâchoire inférieure. Après 40 secondes de respirations profondes et rapides, la dent est enlevée sans souffrance. La demoiselle, qui était très-effrayée et avait souffert dans d'autres circonstances, s'écrie : « Mais ce n'est rien du tout ! »

Quelle explication peut-on donner de ce fait ? Le Dr Bonwill pense que, dans ce cas, l'anesthésie est due : 1^o à la tension d'esprit et à l'effort constant de volonté qu'exigent les mouvements respiratoires forcés ; 2^o à l'hyperhémie qu'amène le retour plus lent du sang au cerveau ; 3^o à l'accumulation de l'acide carbonique dans le sang.

De toutes ces explications, aucune ne nous semble plausible. Ne doit-on pas plutôt attribuer ces faits à l'accumulation de l'oxygène dans le sang ? On sait, en effets, depuis les travaux de M. Paul Bert, que ce gaz, lorsqu'il est inhalé en trop grande proportion, agit sur le système nerveux d'une façon toute spéciale. Quoi qu'il en soit, ces faits méritaient d'être signalés à l'attention des chirurgiens. (R. BLANCHARD, in *Progrès Médical*.)

Ajoutons encore que le fait de respirer fortement pendant un certain temps diminue très-certainement la sensibilité. Un homme qui vient de courir et dont la respiration est haletante peut subir un traumatisme périphérique sans presque aucune souffrance. Nous avons sur nous-même remarqué le fait suivant : A l'état normal, il nous est impossible de boire du cognac, même en petite quantité, sans avoir une sensation de brûlure à la gorge. Mais après une course, un exercice violent d'équitation ou d'escrime, nous pouvons absorber un petit verre d'eau-de-vie sans éprouver cette sensation désagréable. Il y a donc, à notre avis, certainement quelque chose d'exact dans les faits relatés plus haut.—*Le Praticien*.

De l'introduction des aliments par les narines.—M. FERNET propose, quand le passage des aliments par la bouche est impossible, de les faire prendre par le nez. Voici en quoi consiste le procédé :

Le malade étant couché sur le dos, le haut de la poitrine et la tête légèrement relevé par les oreillers, on introduit dans la partie postérieure de l'une des narines l'extrémité effilée d'une sonde ou le bec en biseau d'une cafetière ou du biberon dont

on se sert pour les hôpitaux ; puis on verse doucement le liquide : celui-ci glisse sur le plan incliné que forment le plancher des fosses nasales et la face supérieure du voile du palais, et arrive ainsi directement dans le pharynx, où il provoque le mouvement de déglutition.

A mesure qu'on verse ainsi la boisson alimentaire d'une façon continue, on entend et on voit le malade avaler à intervalles réguliers : si la petite manœuvre est bien conduite et assez lentement, aucun incident n'entrave l'opération, et le repas n'offre pas plus de difficultés et n'exige pas plus de temps que si les aliments pouvaient être administrés par la bouche. Quelquefois, lorsque le liquide est versé trop vite ou quand la sensibilité du pharynx est trop émoussée pour que l'excitation provoque le mouvement réflexe de déglutition, quelques gouttes du liquide s'égarer dans le larynx et amènent des secousses de toux ; mais cet inconvénient, auquel on remédie d'ordinaire en agissant très doucement, n'apporte pas un obstacle sérieux à l'opération.—*Revue de Thérapeutique.*

Sciaticques guéries par les courants continus.—M. V.-P. Gibney rapporte quinze cas de sciaticque rebelle guéris par l'application des courants continus. Le point le plus important à noter, c'est que le nombre des séances est relativement petit (quinze en moyenne). Il n'est pas nécessaire d'avoir des batteries très fortes ; des courants moyens ont semblé préférables. Il pense que la direction du courant n'a qu'une importance secondaire ; cependant il a toujours employé les courants descendants. Il place le pôle positif sur le tronc du nerf à son point d'émergence, et le pôle négatif au siège de la douleur. La durée des séances doit être de dix minutes environ. (*Practitioner.*)—*Revue de Thérapeutique Méd.-Chirur.*

Sur un mode de réveiller les contraction du cœur qui a cessé de battre, par J.-C. REID, M. D.—Quand j'étais enfant, raconte l'auteur, je me rappelle que mon père fut appelé d'une jeune femme qui avait un accès. Mon père était absent. Quant il revint, un envoyé lui annonça qu'il était trop tard, que la malade était morte. Il s'y rendit néanmoins, demande l'eau chaude et fit couler sur la région précordiale un jet continu de cette eau. Peu à peu les battements du cœur revinrent et la malade fut rendue à la vie. Ce souvenir de son

enfance a fait récemment appliquer le même remède du docteur Reid sur un vieillard qui semblait avoir succombé à une accés et dont les battements cardiaques avaient cesse. Ce moyen rappela le vieillard à la vie. (*British Medical Journal*).—*Revue de Thérapeutique Médico-Chirurgicale*.

L'estomac et le système nerveux.—Le Dr LEVEN a fait, sous ce titre, à la Société de biologie, l'intéressante communication qui va suivre.

Les réactions de l'estomac sur le système nerveux ne sont pas décrites jusqu'à présent. Les faits cliniques qui les démontrent sont très nombreux.

Dès que la dyspepsie dure quelque temps avec intensité, tout le système nerveux est mis en branle. L'hyperesthésie est la première manifestation, la plus commune parmi les phénomènes nerveux dus à la dyspepsie. Elle a été rapportées jusqu'à présent à l'hystérie : c'est là une erreur clinique ; elle est tributaire de la dyspepsie seulement. Sur 100 malades dyspeptiques dont j'ai groupé les observations, je compte 53 hommes et 47 femmes.

L'hyperesthésie paraît chez l'homme après l'âge de 30 et 40 ans en général, et on la rencontre souvent après 50 et 60 ans. Quand l'hyperesthésie existe du côté droit ou gauche, compliquée de fourmillements et de phénomènes cérébraux, vertige, céphalalgie, etc., les médecins craignent en général quelques affection cérébrale. L'hyperesthésie se développe parallèlement à la dyspepsie, grandit et disparaît avec elle. Bien des erreurs de diagnostic sont faites parce qu'on en a méconnu jusqu'à présent l'origine et la portée.

Chez la femme, ce symptôme paraît plus tôt que chez l'homme. La raison en est que c'est la menstruation, ce sont les grossesses qui produisent la dyspepsie. L'hyperesthésie est le fait de la dyspepsie ; seulement, si elle paraît chez une hystérique, c'est que l'hystérie est compliquée de dyspepsie. Le signe propre à la névrose hystérique est l'anesthésie que je n'ai jamais observée dans la maladie de l'estomac. Sur les 53 hommes dyspeptiques, 37 présentaient de l'hyperesthésie. Sur les 47 femmes, il y en a 44 qui avaient la peau, les muscles hyperesthésiés.

On peut presque dire, d'après la statistique que ce symptôme est aussi fréquent chez l'homme que chez la femme, et que c'est surtout chez l'homme arrivé à la maturité qu'on la constate. Cependant je l'ai notée chez des enfants (garçons et filles) âgés de 8 et 10 ans.

La dyspepsie, tant qu'elle ne se caractérise que par des symptômes locaux, gaz, acidités, gonflement de l'estomac, est une maladie qui guérit assez rapidement; mais elle devient tenace aussitôt que le système nerveux est envahi.

Jusqu'à présent ces symptômes éloignés avaient échappé à l'attention des médecins, parce qu'on n'avait fait de la dyspepsie qu'un trouble fonctionnel. Mais on comprend que l'estomac étant un organe sujet à la maladie, ces congestions sont l'origine de symptômes multiples dont le plus grand nombre paraissent dans le système nerveux. Les développements que j'ai à donner à cette question mettront en évidence l'exactitude des idées que je professe sur la fonction et la maladie de l'estomac.—*Revue de Thérapeutique Médico-Chirurgicale.*

Traitement hygiénique des calculs biliaires, par BOUCHARDAT.—1^o S'abstenir de pain, de graines, d'œufs, d'aliments azotés en excès, d'oseille, de tomates, de liqueurs fortes, de poissons, de crustacés, de coquillages, de fromages avancés; manger les légumes ordinaires, les herbes qui renferment de la potasse, préférable ici à la soude. Faire de la médication alcaline indirecte sous la forme de malates, citrates, tels qu'ils sont contenus dans les fruits; fruits oléagineux en quantité modérée; vin rouge léger étendu d'eau.

2^o Entretenir la liberté du ventre en prenant au réveil depuis une cuillerée à café jusqu'à une cuillerée à bouche de tartrate de potasse et de soude et de sulfate de soude, parties égales, dans un verre de macération de racine de réglisse, de limonade ou d'orangeade fortement sucrée.

3^o Exercice modéré.

4^o Activer les fonctions de la peau par des lavages, frictions fréquentes et massages avec la main enduite de quelques gouttes d'huile parfumée. Chaque semaine, un à trois bains avec:

Carbonate de potasse	100	grammes.
Essence de lavande.....	2	—
Teinture de benjoin, vanille.....	5	—

5^o a. Dans un but d'expulsion, matin et soir, 1 à 3 perles d'essence de térébenthine et 1 à 2 perles d'éther. On peut le prendre aux repas, préférablement entre.

b. Pour empêcher la formation des calculs, pendant dix jours matin et soir, avant chaque repas, une pilule de 0,1 dec.

tartrate de potasse et de lithine; pendant dix autres jours, matin et soir, une cuillerée à bouche de :

Sir. des 5 racin. apéritives..... 400 grammes.
Acétate de potasse... .. 20 —

Pendant dix autres jours, un litre d'eau chaque jour contenant 10 gr. de tartrate de potasse et de soude.

Au printemps, le matin au réveil, pendant un mois, 120 gr. de sucs d'herbes (laitue, chicorée, pissenlit, parties égales), plus 5 gr. d'acétate de potasse.

c. Saison à Pougues, Vals, Vichy.—DR E. MONIX.—*Revue de Thér. Méd.-Chir.*

PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALES.

De l'ablation des tumeurs par morcellement.—Le traitement des tumeurs se fait par incision, par excision, par ligature, par énucléation, par écrasement, par broiement. Ces méthodes sont longuement décrites dans tous les traités de médecine opératoire: elles ne doivent pas nous occuper.

Il en est une autre sur laquelle les chirurgiens ont peu insisté et qui nous a donné les meilleurs résultats chez plusieurs des malades que nous avons soumis à l'appréciation des membres de l'Académie: c'est celle à laquelle nous avons donné le nom de *morcellement*.

Elle consiste à diviser, au cours de l'opération, les tumeurs en plusieurs parties: deux, trois ou plus, dans le but d'en faciliter et d'en hâter l'extirpation.

A vrai dire, elle n'est pas indispensable pour l'ablation de toutes les tumeurs. Elle est surtout indiquée pour celles qui sont volumineuses, difficiles à poursuivre par dissection à la périphérie; pour celles qui sont en rapport avec des organes délicats qu'il faut ménager; pour celles dont les vaisseaux, peu développés au centre, le sont, au contraire, tellement à la surface que l'hémostase serait difficile au cours de l'opération; pour celles qui sont logées dans des cavités anfractueuses, et qui ne pourraient être attaquées par un autre procédé sans exposer à des délabrements inutiles; pour celles qui, profondément situées, sont masquées par des organes importants du côté de leur implantation. Elle n'est guère contre-indiquée que pour les tumeurs qui, par leurs vaisseaux ou par ceux des or-

ganes qui s'y rendent, sont peu favorables à l'hémostase préventive, temporaire ou définitive comme certaines tumeurs érectiles osseuses, lesquelles, d'ailleurs, sont exceptionnelles. Pour bien faire comprendre le mode d'application du morcellement, nous passerons en revue plusieurs séries de tumeurs.

La première série comprend celles qui sont sous-cutanées ou tout au moins peu profondes, entourées d'une capsule propre et placées au milieu d'organes qu'il est sans danger d'intéresser.

Bon nombre de ces tumeurs sont, comme on le sait, assez faciles à enlever par dissection ou par énucléation. Dans ces cas, le morcellement a pour avantage d'amoinrir la durée et les difficultés de l'opération. Prenons par exemple une de ces tumeurs hypertrophiques ou sarcomateuses, pourvues de mobilité, que l'on observe communément dans l'épaisseur de la mamelle, et dont le tissu n'a pas encore contracté d'adhérences inflammatoires ou autres avec les tissus ambiants. Voici comment nous opérons leur ablation par morcellement :

La tumeur et les téguments qui la recouvrent étant saisis et tendus à la périphérie par la main d'un aide où par celle de l'opérateur, celui-ci pratique, suivant le grand axe, dans la direction la plus favorable à l'écoulement ultérieur des liquides plastiques, une incision qui intéresse à la fois la peau, le tissu cellulaire et la masse morbide elle-même jusqu'à sa face profonde. A ce niveau, le chirurgien redouble de précautions pour ne pas diviser les tissus sains. Cela fait il saisit chaque moitié de la tumeur et l'extirpe avec les mains, la spatule ou le bistouri. Cet arrachement est exécuté aussi rapidement que possible, et quelques pinces hémostatiques, suffisent à prévenir tout danger d'hémorrhagie.

A côté de ces cas, qui sont à la fois les plus rares et les plus simples, se placent ceux de la seconde série, qui présentent déjà un peu plus de difficultés.

S'agit-il, par exemple, de lipomes dits en masse ou de productions analogues? Tout d'abord l'opérateur procède comme ci-dessus à l'ablation de la portion principale de la tumeur. Mais il reste, à son pourtour un ou plusieurs lobes qui étaient seulement annexés et qu'il faut également enlever. La méthode, pour cette raison, paraît un peu moins brillante, mais n'est pas moins avantageuse en allégeant encore les difficultés et la durée de l'opération.

La troisième série comprend les tumeurs implantées plus profondément au milieu de muscles, de vaisseaux ou de nerfs importants, sur une aponévrose ou sur un os; ou bien les tumeurs ganglionnaires entourées d'une capsule propre et séparées par des cloisons; ou encore les lopes multiples d'une gis-

de hypertrophiée ou sarcomateuse. Voici comment nous appliquons alors le morcellement :

Si la tumeur est implantée sur une aponévrose par un pédicule, nous la coupons comme précédemment, puis nous extrayons les fragments après avoir excisé le pédicule et placé sur lui des pinces hémostatiques. Si la tumeur est implantée sur un os par une base osseuse ou cartilagineuse, nous la sectionnons tout d'abord avec le bistouri, la gouge ou la scie de notre polytritome et nous enlevons la masse principale avec le davier. Cette manœuvre nous permet d'examiner sans difficulté le siège et le mode d'implantation et d'extraire à son tour, par morcellement, le pédicule. Pour mieux y parvenir nous détachons avec la gouge et le maillet la lame compacte qui émerge de l'os, et nous évidons, aussi largement qu'il convient, le tissu spongieux dégénéré ; grâce à ce morcellement, les dangers de l'opération sont notablement atténués.

S'agit-il de procéder à l'ablation des masses ganglionnaires conglomérées, hypertrophiques, caséuses ou sarcomateuses, séparées par des cloisons cellulo-vasculaires et cotoyées de toutes parts par des organes importants ? Dès que la masse principale de la tumeur est mise à découvert par une incision convenablement dirigée, il faut couper à son tour la capsule d'enveloppe des ganglions les plus superficiellement placés, pour inciser avec le bistouri ou la spatule le tissu morbide, le fragmenter et faciliter son ablation avec l'ongle ou tout autre instrument moussé. De la sorte, il ne restera que les cloisons intermédiaires qu'il n'y aura lieu d'inciser qu'au niveau des points les mieux situés pour l'écoulement ultérieur des liquides de la plaie.

S'agit-il d'enlever les lobes multiples d'une glande hypertrophiée ? Après avoir successivement mis à nu, comme dans le cas précédent, chacun de ces lobes, le chirurgien incise la capsule propre qui les entoure, les énuclée et les excise successivement, tout en ayant soin de ménager les vaisseaux et les nerfs importants qui les recouvrent,

Dans une quatrième série, nous rangerons les tumeurs situées dans une cavité profonde, un canal, un sinus, une loge splanchnique. Pour leur appliquer le morcellement, s'il est utile, le chirurgien devra nécessairement redoubler de précautions. Supposons, par exemple, qu'il veuille procéder à l'extirpation d'un polype naso-pharyngien qui envoie des prolongements volumineux dans les fosses nasales, la gorge, la joue, la tempe. Tout d'abord le chirurgien met à nu la tumeur au moyen d'un lambeau préliminaire emprunté aux parties molles et d'une résection partielle du maxillaire supérieur. Cela fait, au moyen

de notre pince-scie, il coupe, successivement, sans hémorrhagie, chacun des lobes de la tumeur jusqu'au point d'implantation.

S'agit-il d'un sarcome du sinus maxillaire qui, en s'étendant, en a détruit les parois osseuses et a envoyé des prolongements dans les régions voisines, la tempe, la pommette, la joue? Nous commençons par mettre à nu le maxillaire en détachant les parties molles et en les relevant sous forme d'un lambeau. Ce temps de l'opération, grâce à nos pinces hémostatiques, s'exécute encore sans perte de sang. Cela fait, avec notre pince rachitome, nous coupons d'avant en arrière la voûte palatine osseuse en dehors de la cloison des fosses nasales, et avec la pince de Liston nous coupons transversalement la branche montante à la hauteur de l'unguis: puis avec un fort davier nous retirons par morceaux les portions nasale, alvéolaire et palatine du maxillaire, si bien que le tissu morbide se montre ensuite à découvert par ses faces antérieure et inférieure. Nous plaçons alors au fond de la fosse nasale correspondante et du sillon vestibulaire inférieur de chaque côté, près des bords de l'épiglotte, des éponges montées sur des pinces afin d'empêcher le sang de passer dans le larynx; puis, avec une gouge coudée, à tranchant large de 2 à 3 centimètres, nous enlevons par morcellement toutes les parties constituant de la tumeur, si bien que les parois distendues du sinus deviennent apparentes à leur tour. Celles-ci sont ensuite réséquées en conservant le périoste qui les double, s'il est sain, et l'excisant également, s'il est malade; et, pour ne rien négliger, l'opérateur termine en enlevant largement les prolongements profonds de la tumeur. Pendant ce temps, les vaisseaux sectionnés sont comprimés avec des éponges ou avec des pinces hémostatiques.

Il est bien entendu que le manuel du morcellement sera dirigé suivant les mêmes principes quand les tumeurs occuperont le maxillaire inférieur la langue, les amygdales, les joues et toutes les autres régions de la face. Et c'est grâce à cette méthode que nous pouvons journellement enlever de vastes productions morbides implantées dans les cavités nasale ou buccale avec une grande rapidité et sans crainte de voir le sang passé dans les voies aériennes en produisant l'asphyxie, comme quelques chirurgiens éminents paraissent tant le redouter.

S'agit-il enfin de ces grandes tumeurs qui prennent naissance dans les cavités splanchniques, aux dépens d'organes qui ne sont pas indispensables à la vie, tels que l'ovaire, l'utérus, le rein, la rate, le mésentère?

En pareil cas, le morcellement donne parfois des résultats tellement avantageux qu'il ne faut pas hésiter à y recourir. En ce qui concerne les tumeurs ovariennes, c'est surtout pour celles qui sont aréolaires ou sarcomateuses que cette méthode est utile. Dès que, au moyen de l'incision préliminaire, la tumeur est mise à nu et qu'elle a été vidée partiellement par ponction, le chirurgien doit exciser les lobes qui s'opposent au détachement des adhérences, à leur attraction au dehors, en même temps qu'il broie avec la main les loges intérieures de la tumeur. Convenablement dirigées, ces manœuvres n'exposent pas aux hémorrhagies, surtout si le chirurgien se sert des pinces hémostatiques de divers modèles que nous avons fait construire depuis de longues années à cette usage.

S'agit-il de tumeurs spléniques, rénales, pelviennes, mésentériques? C'est alors que le morcellement devient nécessaire pour bien mettre à découvert la surface d'implantation. Lui seul permet de bien voir les vaisseaux et les organes accolés à la périphérie, de les pincer, de les lier, de les isoler. En agissant autrement, le chirurgien serait à chaque instant exposé à faire des délabrements inutiles, peut-être même à ne pas achever l'opération.

Quant au morcellement qui convient à l'ablation des grandes tumeurs kystiques et fibro-kystiques de l'utérus, nous l'avons déjà fait connaître à l'Académie. Nous n'y reviendrons pas. Il exige des précautions particulières en raison de la richesse et du calibre des vaisseaux périphériques. C'est pour ne s'être pas conformé aux règles que nous avons tracées que quelques chirurgiens l'ont combattu, objectant, que, en pareil cas, il allonge sensiblement la durée de l'opération. Ce reproche serait fondé si nous avions proposé d'appliquer le morcellement aux tumeurs utérines peu volumineuses, pédiculées, faciles à attirer au dehors par une courte incision. C'est sans doute parce que dans leur pratique ces opérateurs n'ont abordé que l'ablation de ces petites tumeurs qu'ils ont combattu notre méthode. Mais leurs objections tomberont d'elles-mêmes quand ils ne craindront pas, comme nous, d'aborder spécialement l'ablation des grandes tumeurs qui remplissent toute la cavité pelvi-abdominale, c'est-à-dire celle dont l'ablation d'une pièce sera impossible, même en leur imprimant des mouvements de bascule et en faisant sur la ligne médiane du pubis à l'épigastre une incision démesurément longue. C'est alors que le morcellement seul est applicable. D'ailleurs les nombreux exemples de guérison que nous avons obtenus sont les meilleurs arguments à opposer à ceux qui préfèrent critiquer qu'appliquer notre méthode.

Les diverses séries de tumeurs que nous venons de passer en revue suffiront, je l'espère, à faire comprendre en quoi consiste la méthode de morcellement que nous avons l'habitude de mettre en pratique. Pour terminer ces considérations, nous poserons les conclusions suivantes :

1^o Le morcellement est une méthode qui doit être classée parmi celles qui conviennent le mieux à l'ablation d'un grand nombre de tumeurs ;

2^o Il consiste à attaquer ces dernières par leur intérieur et à les diviser du centre à la surface ;

3^o Il est basé sur ce principe fondamental que la plupart des tumeurs sont moins riches en vaisseaux dans leur portion centrale que dans leurs couches périphériques ;

4^o Il se pratique avec les mêmes instruments que pour les autres méthodes opératoires, bistouri, ciseaux, thermo-cautères, ligateur, pince, scie, etc. ;

5^o Il peut être combinée, suivant les indications, avec les autres méthodes d'ablation ;

6^o Il permet de diminuer la longueur des incisions préliminaires ;

7^o Il abrège la durée d'un grand nombre d'opérations et diminue considérablement les pertes de sang, surtout quand il est aidé de l'hémostase faite avec les éponges et les pinces hémostatiques ;

8^o Il permet de mieux voir, au cours de l'opération, les organes qui sont accolés aux tumeurs et de mieux les ménager ;

9^o Il est indispensable pour l'ablation des grandes tumeurs qui sont en rapport avec des organes profondément situés et difficiles à ménager ;

10^o Son application n'est pas indispensable pour l'ablation de certaines tumeurs ; mais, pour un grand nombre d'autres, il donne des résultats supérieurs aux autres méthodes.—*Le Médecin Praticien.*

—

Du pansement des plaies.—Quand le chirurgien se trouve en présence d'une plaie grave, avec perte de substance plus ou moins considérable, il se propose d'obtenir, par le pansement, un double but : 1^o éviter les complications ; 2^o hâter la cicatrisation. Il importe donc, pour bien remplir ces deux indications importantes, d'avoir toujours à son service une méthode générale de pansement aussi simple que possible, afin de pouvoir l'appliquer dans les circonstances les plus variées.

Telles sont les considérations qui nous ont amené à adopter, pour tous nos pansements, une conduite uniforme, une manière

de faire très-simple que nous soumettons à l'appréciation de nos confrères. Sans doute, il nous manque l'épreuve et la sanction de l'hôpital, mais nous pouvons du moins affirmer que, dans notre clientèle privée, nous n'avons eu à enregistrer que des succès, depuis le jour où nous avons mis en pratique les règles que nous allons retracer ici.

Etant donnée une plaie avec arrachement, dont les lambeaux irréguliers ne peuvent être accolés et dont la réunion immédiate est impossible, nous la recouvrons, après en avoir fait la toilette, d'une couche de charpie imbibée d'eau phéniquée à 2,50 %, l'acide phénique n'ayant pas seulement le pouvoir de détruire les germes, quand il y en a, et de s'opposer à leur action, mais encore de diminuer l'inflammation et la douleur (1). C'est à ce dernier point de vue que nous l'employons, nous qui exerçons à la campagne; ce n'est pas crainte d'une complication redoutable comme l'infection purulente, complication qui a pour domaines les grands hôpitaux et les milieux encombrés: c'est aussi parce que nous le préférons à l'alcool qui est trop irritant et trop douloureux et dont nous réservons l'emploi pour les pansements suivants. Quant à la charpie, elle a pour avantage d'établir une compression uniforme sur la partie qu'elle recouvre, et ainsi, de s'opposer au gonflement et à la douleur. Par dessus cette couche de charpie phéniquée, nous roulons des bandes d'ouate qui doivent remonter jusqu'à la racine du membre ou même plus haut. Il est bon de couvrir cette couche d'ouate d'un large morceau de taffetas ciré. Une bande de toile sert à comprimer tout le pansement.

Le pansement ainsi fait est donc occlusif, compressif et antiseptique: la plaie est à l'abri de l'air, des germes infectieux et du froid, elle sera préservée du gonflement et de la douleur; une température douce et égale sera entretenue autour d'elle; la fièvre sera presque nulle.

Ce n'est pas seulement en cas de plaie à réunion fatalement secondaire que nous avons appliqué le pansement que nous avons appliqué le pansement que nous venons de décrire; nous nous en sommes aussi très bien trouvé dans deux cas d'amputation, où nous avons obtenu une réunion immédiate parfaite.

Quand nous avons arrêté le sang, posé les ligatures et suturé les lèvres de la plaie, nous couvrons le moignon d'une couche assez épaisse de charpie phéniquée. Cette charpie enveloppe le moignon comme une calotte compressive qui, en faisant adhérer les lambeaux dans leur profondeur, rend inutiles les sutures profondes employées dans le pansement de Bordeaux.

Le paquet des fils à ligature, étant placé dans l'angle le plus déclive de la plaie, réalise le drainage préventif de la méthode d'Azam.

Le reste du pansement se fait, comme nous avons dit plus haut, avec une épaisse couche d'ouate, un large morceau de taffetas et une bande de toile.

Mais, le pansement fait, une question importante surgit: Quand faudra-t-il l'enlever? Faudra-t-il le laisser en place vingt à vingt-cinq jours, comme A. Guérin, ou le renouveler tous les jours, comme Lister? C'est ici que le pansement doit devenir méthodique.

En effet, pour aider la guérison, le pansement doit répondre aux indications fournies par les diverses phases des plaies et par leur durée. Le tableau suivant, en rappelant ces périodes, nous dispensera d'un plus long développement :

I

Plaies à réunion immédiate	{ 1 ^{re} période, de réparation et de réunion immédiate; durée: 1 à 2 jours.
—	
2 périodes	{ 2 ^e période, de cicatrisation; durée: 7 à 8 jours.

II

Plaies à réunion secondaire	{ 1 ^{re} période, d'inflammation et d'élimination; durée une huitaine de jours, jusqu'à l'apparition des bourgeons charnus.
—	
3 périodes	{ 2 ^e période, de réparation et de suppuration; durée indéterminée. L'élimination peut durer pendant cette période.
—	{ 3 ^e période, de cicatrisation; durée également indéterminée.

Le pansement, tel que nous le pratiquons, est donc facile à exécuter: il peut être confectionné rapidement: il n'exige qu'une quantité d'ouate relativement faible et, malgré cela, il prend peu d'odeur. Il nous a donné de bons résultats, dans les observations qui précèdent, en mettant nos blessés ou opérés à l'abri de complications de toutes sortes. La douleur a été presque nulle; la fièvre inappréciable; le sommeil et l'appétit assez bien conservés.

Avec ce pansement, les transports et déplacements sont réduits facilement supportables.

Cette dernière considération ne serait pas à dédaigner sur un champ de bataille. Aussi, pensons-nous que notre méthode serait très applicable aux blessés de guerre. Elle se rapprocherait assez des vues de M. le professeur Verneuil, qui

dans une de ses dernières et belles leçons cliniques, parlait de simplifier, en cas de blessures de guerre, le pansé ouaté de M. Guérin, considéré comme trop encombrant et trop long à exécuter sur le champ de bataille.—DR SÉJOURNET.—*Le Concours Médical.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

Traitement des abcès de la vulve.—Au No 7 de la salle Sainte-Catherine, se trouve une femme que nous avons examinée ce matin sur le lit du spéculum. Elle vient d'avoir un abcès sur le côté droit de la vulve, avec gonflement assez douloureux des parties voisines. Cet abcès s'est ouvert spontanément, a donné issue à une petite quantité d'un pus légèrement sanguinolent, et tendrait à se terminer par fistule.

Cet abcès ne s'est pas développé consécutivement à une vulvie ou à une vaginite, bien que le fait soit assez ordinaire. Ces adéno-phlegmons sont en effet souvent la suite d'une blennorrhagie. Ce qu'il y a de particulier chez cette femme, c'est que cet abcès est le second qui se développe au même endroit. Déjà il y a un an ou deux, je l'ai soignée pour la même affection dans le service et sans qu'il y ait eu non plus ni vaginite ni vulvite antérieures.

Quand les abcès de la vulve, analogues à celui dont notre malade est atteinte, sont convenablement soignés selon les principes, les récidives sont rares. Aussi ce second abcès chez elle me surprend-il un peu, et serai-je porté à penser qu'elle a dû quitter l'hôpital, comme cela arrive quelquefois, avant d'être complètement guérie. Peut-être aussi la première fois est-il survenu chez elle, quelque chose d'insolite dont je n'ai pas gardé le souvenir, qu'elle-même ne sait pas nous dire et dont les feuilles d'observation n'ont conservé aucune trace.

Quoi qu'il en soit, ces abcès doivent toujours être traités de façon à éviter l'apparition de toute récidive.

Ces récidives, rares lorsque la maladie est convenablement traitée, sont fréquentes au contraire lorsque ces abcès sont mal ou insuffisamment soignés.

Le foyer de ces abcès n'est pas formé par une cavité accidentelle dont les parois sont disposées à se couvrir de granulations qui tendent à produire la cicatrisation, mais il se développe dans le canal excréteur de la glande vulvo-vaginale, soit qu'il se compose de plusieurs petites cavités produites par la

dilatation des petits canaux qui précèdent le canal excréteur de la glande, d'où l'inflammation peut se propager au tissu cellulaire voisin et donner lieu alors à un fait complexe. Si dans ces cas une partie tend à se cicatrifier, c'est-à-dire celle qui est en dehors des canalicules que nous venons d'indiquer, il en est une autre, au contraire, la cavité naturelle, qui forme le foyer de l'abcès, qui tend à rester béante.

Il faut, dans ce cas, déterminer un travail artificiel pour obtenir la cicatrisation complète du foyer.

Une seconde condition qui rend difficile le but à atteindre, c'est que dans cette région, comme en quelques autres endroits du reste, la cicatrisation des téguments se fait avec une très-grande facilité par première intention, si l'on n'y met obstacle, de telle sorte que cette cicatrisation se trouve obtenue bien avant que la poche ne soit revenue sur elle-même, alors qu'elle suppure encore même assez souvent.

C'est dans ces conditions qu'un nouvel abcès se produit, qui nécessite une nouvelle intervention chirurgicale. C'est ainsi que l'on voit parfois, lorsqu'on laisse la plaie extérieure se fermer trop rapidement, des récidives se produire 3, 4, 5, et même 6 fois, et l'abcès finir par rester fistuleux. De là une certaine incommodité par une petite suppuration, peu abondante il est vrai, mais persistante, continue.

Quels sont donc les moyens à employer pour éviter ces récidives ?

Le premier de tous est d'inciser largement l'abcès et de maintenir l'ouverture suffisamment large, pendant le temps nécessaire, pour que les granulations cicatricielles, les bourgeons charnus puissent se former et adhérer entre eux comblant peu à peu le vide du foyer.

Pour obtenir ce résultat, nous avons deux procédés dont la valeur n'est pas la même.

Le premier, qui est réellement le plus désagréable pour le malade par le temps et le mode de pansement qu'il nécessite, consiste tout, d'abord à fendre largement l'abcès, puis à introduire dans la poche purulente ainsi qu'entre les lèvres de la plaie, des boulettes de charpie que l'on renouvelera tous les matins; enfin on termine le pansement par des compresses phéniquées maintenues par un bandage en T placé de façon à gêner le moins possible la miction.

La présence de ces boulettes de charpie détermine dans le fond de la cavité de l'abcès, une excitation favorable des parois; un travail de cicatrisation profond qui tend à combler peu à peu le foyer et à le transformer en une plaie superficielle. Lorsque ce résultat est obtenu, il suffit alors, les boutons char-

ans s'accumulant, de faire quelques cautérisations avec le crayon de nitrate d'argent.

Mais ce mode de pansement est d'une certaine durée qui n'est pas moindre de 15 jours à un mois ; il ne doit être cessé que lorsque la plaie est devenue absolument superficielle. C'est dans ces conditions que l'on peut espérer, avec raison, guérir la malade sans aucune récidive. Mais je le répète, il faut pour cela patience de la malade et persévérance dans le traitement, deux choses assez difficiles à obtenir surtout dans le monde où les femmes se prêtent toujours avec difficulté à prendre chaque jour une attitude d'autant plus ennuyeuse que, souffrant peu les premiers jours passés, elles n'en comprennent pas toujours bien la nécessité.

Le second procédé consiste à établir une double ouverture qu'on laissera un certain temps pour permettre l'écoulement du pus et l'excitation du fond de la cavité abcédée. Ce procédé n'est autre que le drainage. On place un drain un peu gros qui passe de l'ouverture inférieure ; on le maintient avec un fil de façon à former un véritable anneau. Ce procédé a l'avantage d'éviter les pansements répétés tous les jours auxquels, comme nous l'avons déjà dit, les femmes ont quelque peine à s'habituer, il permet à la malade d'aller et venir un peu dans la maison au bout de peu de jours sans pour cela qu'on l'autorise à marcher beaucoup, et la présence du drain peut suffire à développer l'inflammation réparatrice nécessaire, la diminution de la cavité, la formation des bourgeons charnus ; mais les résultats sont plus lents à obtenir et moins certains. De plus, ce procédé entraîne plus souvent après lui la formation de ces petites fistules qui sans être bien graves sont une gêne, une incommodité permanente. Cependant quand ce second procédé réussit convenablement, le fond de la cavité se rapproche des surfaces dont il était séparé, on retire le drain, et quelques cautérisations au nitrate d'argent, comme dans le grand procédé, facilitent la cicatrisation.

Néanmoins, je le répète encore, ce procédé s'il est beaucoup plus commode, s'il est d'une pratique moins désagréable pour les malades, est aussi moins fidèle dans ses résultats et ne favorise pas aussi facilement le bourgeonnement des parois de la cavité naturelle dilatée, rend la guérison beaucoup plus lente et laisse souvent après lui des trajets fistuleux.

Chez la malade du No. 7 de notre salle Sainte-Catherine qui a été l'occasion de cette leçon, nous avons appliqué le premier procédé, celui auquel nous nous rattachons plus volontiers, c'est-à-dire l'incision de l'abcès, une large ouverture, le pansement avec les boulettes de charpie dans la plaie en ayant soin

de les placer de façon à maintenir les bords écartés, enfin les compresses phéniquées par-dessus et un bandage en T maintenant le tout convenablement.—*La Patricien.*

Métrite hémorrhagique.—Une femme d'une trentaine d'années, du service de M. le professeur Gosselin, est atteinte d'une de ces affections pour lesquelles il est difficile de faire un diagnostic précis et de déterminer exactement le ou les organes attaqués. Cette femme a eu successivement six avortements ou plutôt accouchements avant terme; c'est ordinairement, dit le professeur, l'indice ou la cause d'une métrite; mais il nous est, à cette heure, difficile de savoir si la métrite a été la cause déterminante des fausses couches, ou si ces dernières ont déterminé la maladie de l'utérus. Il ne faut pas oublier non plus qu'il y a beaucoup d'accouchements avant terme qui sont symptomatiques d'une maladie du fœtus, souvent d'une diathèse, de la syphilis surtout.

Depuis quatre ans, elle n'a jamais cessé de souffrir du ventre. Il est vrai qu'à son dernier accouchement elle a eu, nous dit-elle, une péritonite. A la suite, ses règles sont venues irrégulièrement, mais en trop; elle a en effet des hémorrhagies douloureuses qui reviennent à quinze jours d'intervalle; c'est ce qui l'a rendue si pâle et si anémique. Elle digère mal, elle n'a pas d'appétit, elle est fatiguée au moindre mouvement, ne peut se livrer à aucun travail ni même marcher pendant plus de quelques minutes. Quelle est la variété de lésions qui existe chez elle, c'est ce dont il nous est très difficile de nous rendre compte. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'elle est anémique; mais n'est-elle que cela? Elle a de la sensibilité dans le ventre, mais pas de tumeur perceptible, pas de point plus spécialement douloureux; cette douleur est plutôt l'indice d'une péritonite diffuse que d'une lésion localisée, ou d'une névralgie iléo-ombilicaine. Dès que sa métorrhagie actuelle le permettra, il nous faudra examiner le col de l'utérus, voir s'il n'est pas le siège d'ulcération, s'il n'y a pas de congestion de la membrane interne, ce qui est probable.

Une médication que M. Gosselin emploie volontiers contre ces pertes, c'est la douche froide, générale en pluie; il ne craint pas les métastases, car cette douche ainsi appliquée pendant quelques minutes n'occasionne pas l'arrêt des règles, mais ne fait qu'en diminuer la surabondance. Dans le même but, nous avons employé souvent avec succès le bain de siège frais d'une durée de un quart à une minute que le femme affectée de métorrhagie simple doit prendre le soir, en se couchant, à partir du deuxième jour de ses époques.—*Le Praticien.*

Des dangers des manipulations et des opérations utérines les plus simples.—On prend plus souvent la plume pour raconter les succès qu'a donné la hardiesse que pour mettre en garde contre les dangers de la témérité. A ce titre, il nous semble intéressant et d'une grande utilité pratique de reproduire les conclusions du mémoire de M. Engelman, dont le Dr Cordes, de Genève, donne la traduction dans les *Annales de la Gynécologie*.

1^o Les manipulations utérines nécessitent la plus grande prudence, surtout à un premier examen: même l'organe le plus accoutumé à ces manœuvres peut avoir une sorte de *bou-lade*, sous l'influence de conditions ignorées, et s'irriter de l'intervention la plus banale.

2^o Aucune manipulation, aucune opération n'est exempte de danger; et, avant d'en entreprendre une, il faut se garder contre certaines conditions physiologiques ou morbides: la menstruation, la grossesse et l'involution, d'un côté; la suite de la cellulite et de la péritonite de l'autre; et par-dessus tout des affections aiguës.

On a pu, sans accident, omettre quelquefois ces précautions, mais, de temps en temps, l'imprudent se trouve puni.

3^o Pendant les opérations, nous devons tenir compte:

a. De la condition sanitaire de la ville. L'existence d'une épidémie surtout de la fièvre puerpérale, d'érysipèle, ou de la diphthérie, contre-indique absolument une opération; il semble que le printemps soit la saison la plus dangereuse.

b. Observer une propreté irréprochable, sinon le *listérisme* dans sa pureté, autant qu'il se peut.

4^o Après les opérations, je parle toujours de plus simples, l'opérée doit rester un temps suffisant dans son lit. Le médecin doit imposer cette règle, toute ridicule qu'elle paraisse à une malade qui n'a ni douleur ni malaise quelconque.

Après les applications utérines, les malades doivent prendre un court repos.—*Répertoire de Thér. Méd.-Chir.*

—

De l'accouchement sur le côté, par le Dr RENDU.—L'accouchement sur le côté, connu sous le nom d'accouchement à l'anglaise, parce que c'est ainsi qu'on accouche les femmes en Angleterre, est pratiqué dans la plupart des Maternités de la Suisse et de l'Allemagne, mais seulement chez les primipares. Les multipares sont accouchées sur le dos, en France, parce que la souplesse de organes génitaux externes les garantit davantage contre les déchirures périnéales.

En effet, le principal avantage de cette méthode est de rendre beaucoup moins fréquentes, chez les primipares, les déchirures du périnée. On surveille très bien la distension progressive de celui-ci et de la vulve, et par conséquent on juge mieux de la résistance que la main doit opposer; de plus, l'accoucheur est mieux placé pour rendre cette résistance efficace.

Je n'exagère pas en disant qu'en France près de la moitié des primipares ont des déchirures plus ou moins grandes du périnée. A la Maternité de Vienne, au contraire, où il se fait par année plus de 9,000 accouchements, la proportion de ces déchirures, chez les primipares, est de 6 %; elle est de 10 % si l'on considère comme déchirures les débridements faits au bistouri boutonné.

Cependant, pour obtenir de tels résultats, jé dois dire qu'il ne suffit pas, au moment de la sortie de l'enfant, de faire coucher la femme sur le côté et de soutenir plus ou moins bien la région périnéale; il y a encore une certaine pratique à acquérir. Grâce à l'obligeance du professeur C. Braun et de ses deux assistants, les docteurs Pawlik et Welponner; j'ai passé trois nuits à la Maternité de Vienne, et j'ai fait moi-même avec l'aide, je dirai volontiers sous la direction des sages-femmes de service qui sont très expérimentées sur ce point, 21 accouchements sur le côté.

Voici en quelques mots le manuel opératoire. Quand la tête est à la vulve, on fait coucher la femme sur le côté gauche, la jambe droite étant relevée et soutenue par un aide. L'accoucheur, placé à droite de la parturiente, passe sa main gauche entre les cuisses de la femme et la porte en arrière, de manière à appliquer sa face palmaire sur la tête de l'enfant. De la main droite, il soutient le périnée; mais cette résistance qu'il lui oppose ne doit pas être passive. Il doit, au contraire, au moment de chaque douleur, presser énergiquement sur la région sacro-coccygienne et refouler en avant, sur la tête de l'enfant, le plus de téguments possible. Pendant ce temps-là la main droite retient solidement la tête à la vulve et s'oppose à sa sortie sous l'influence des contractions utérines. Dans l'intervalle des douleurs, la tête rentre pour reparaitre bientôt. Ce mouvement forcé de va-et-vient, auquel la tête est soumise, a pour effet de distendre peu à peu et d'assouplir l'orifice vulvaire. Enfin la tête sort et se défléchit. Il faut, je le répète, éviter soigneusement que cette expulsion ait lieu au moment où le femme pousse, et ne la laisser se produire que lorsque la douleur a presque disparu. De plus, on doit soutenir le périnée jusqu'à la fin, car le dégagement des épaules est ordinairement plus funeste à la fourchette périnéale que la sortie de la tête.

C'est ainsi, écrit l'auteur au *Lyon médical*, que j'accouche les primipares à la clinique de la Charité de Lyon, et M. le professeur Bouchacourt recommande instamment, dans ses cours, cette méthode aux élèves.—*Le Médecin praticien.*

Du traitement des névralgies par le salicylate de soude.—On est un peu trop porté de nos jours à vouloir rattacher même la production des douleurs névralgiques à l'existence d'un état diathésique. M. Germain Sée considère que les névralgies sont beaucoup plus fréquemment d'origine purement locale, qu'on ne le croit généralement.

Voici, par exemple, un homme de son service, qui se présente avec une névralgie du trijumeau, qu'on a qualifiée de paludéenne, parce que le malade a eu des accès de fièvre quarte en Cochinchine, en 1869. Mais si on réfléchit que cet homme n'a eu que des accès à intermittences éloignées, qui ont disparu facilement pour ne plus se manifester depuis une dizaine d'années, il est difficile d'accuser une fièvre larvée de la production de sa névralgie. Du reste, le traitement va servir de pierre de touche. Si elle est d'origine paludéenne, la sulfate de quinine en aura raison. En cas de négative, on aura recours à l'administration du salicylate de soude à haute dose, et on verra certainement l'affection disparaître. C'est qu'en effet, ce médicament est souverain contre les névralgies, et il est bon d'insister sur cette propriété qui est trop peu connue des praticiens.

A l'appui de cette opinion, M. Germain Sée a pris un exemple tiré de sa clientèle privée, et qui démontre bien l'excellence de ce admirable agent antinévralgique. C'est le cas d'une vieille dame, veuve, très riche, entourée d'un grand nombre d'héritiers, qu'elle a l'habitude de réunir une fois tous les ans autour de sa table. Depuis 17 ans, elle souffrait d'un tic douloureux de la face, et depuis ce moment, pas une seule fois, elle n'avait pu présider au repas de ses neveux, en y prenant une part active. Consulté par elle, M. Sée lui prescrivit le salicylate de soude, et bientôt après, il y a de cela trois ans, elle pouvait participer, pour la première fois, au repas annuel en question.

Après quelque temps, l'un de ses héritiers lui fit entrevoir avec sollicitude que l'usage abusif du médicament lui occasionnerait des désordres graves du côté de l'estomac. Elle se rendit à ces tendres remontrances et en cessa l'emploi. Les névralgies revinrent, et pour s'en débarrasser de nouveau, il fallut recourir encore au salicylate de soude.—*L'hygiène pour tous.*

Traitement des hémorrhagies consécutives à l'accouchement.—Le moyen proposé par le Dr E. BÉLZ, de Tokio (Japon) a, sur les moyens déjà connus, l'avantage d'être très simple, à la portée de tout le monde, et paraît-il, très efficace. Il consiste à tamponner le vagin avec le poing, tandis qu'avec l'autre main on applique exactement les grandes lèvres sur le poignet qu'elles embrassent à la manière d'une manchette, si bien qu'il ne peut pas s'en écouler une goutte de sang. Pendant ce temps un aide comprime l'utérus de haut en bas à travers la paroi abdominale, ou bien applique la vulve contre le poignet de l'opérateur, lorsque celui-ci peut avoir une main libre pour comprimer lui-même l'utérus.

Ce moyen est simple, rapide, peut s'appliquer dans tous les cas, et jouit d'une grande efficacité. Suivent des observations à l'appui.—(*Centralblatt für Gynäkologie.*)—*Revue de Thér. Méd. Chirur.*

Traitement des douleurs ovariques.—Le Dr Seeligmuller commence par établir que les douleurs ovariques, qui jouent un si grand rôle dans les phénomènes nerveux de l'hystérie, ont un traitement si peu satisfaisant qu'on est même arrivé à proposer l'ablation de ces organes. Sans poursuivre cette ordre d'idées, il rapporte deux observations dans lesquelles il employa la morphine à des doses très élevées et à laquelle il substitua des injections hypodermiques d'eau qui produisirent plus de soulagement et moins d'accidents cérébraux. Il recommande l'injection de $\frac{1}{4}$ de gramme d'eau bouillie ou distillée avec un peu d'acide acétique ou d'acide phénique, et de pratiquer les injections soit au niveau de l'ovaire malade soit du côté opposé, et il attribue les heureux effets qui en sont la conséquence à une sorte de révulsion. (*Edinburgh medic Jour.*)—*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale.*

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE.

Potion gazeuse bromurée contre les vomissements.—M. CHÉRON indique dans la *Revue Médico-Chirurgicale des maladies des femmes*, l'emploi d'un moyen utile contre les nausées et les vomissements qu'il n'est pas rare de voir persister pendant des mois et souvent des années chez des femmes

atteintes d'affections diverses de l'appareil utéro-ovarien. La plupart des moyens thérapeutiques échouent contre ces manifestations morbides. On ne parvient en général à les atténuer enfin et à les faire disparaître qu'à l'aide d'un traitement tant général que local, destiné à éteindre l'affection utérine et les actes morbides reflexes qu'elle engendre.

Dans le but d'arriver à un résultat satisfaisant par une voie plus rapide, M. Chéron a employé la potion de Rivière, le bromure de potassium, le laudanum dilué dans l'eau pure et nombre d'autres moyens d'une action moins sérieuse.

Il a reconnu que la combinaison de la potion gazeuse et du bromure donne des résultats bien supérieurs à ce qu'on peut obtenir de l'emploi isolé de ces deux médicaments.

Aussi, dès qu'il constate l'existence de nausées ou de vomissements récents ou anciens, il emploie d'une façon suivie la potion suivante :

N ^o 1.—Bi-carbonate de potasse	̄i
Eau commune.....	̄ij
Bromure de potassium	̄ss
N ^o 2.—Acide citrique.....	̄j
Eau commune.....	̄iiv
Sirop de sucre	̄j

Verser dans un verre une cuilleré à *café* du numéro 1 et une cuilleré à *bouche* du numéro 2, agiter et boire aussitôt.

Prendre cette même dose toutes les demi-heures ou toutes les heures.

Les numéros 1 et 2 représentent la quantité du maximum à employer chaque jour.

Dans les cas de pelvi-péritonite localisée, cette potion arrête souvent les envies de vomir et les vomissements, même pendant la période aiguë.—*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques.*

—

Traitement médical des hémorrhoides par le Dr V. SABAL.—Notre confrère emploie :

Poudre d'iodoforme.....	gr. j
Poudre d'opium.....	gr. jss
Vaseline	gr. j.

Matin et soir il en applique localement après chaque évacuation alvine, en ayant soin de laver préalablement avec de l'eau froide ou chaude. On peut y ajouter 4 gr. de tannin pour

atténuer l'odeur de l'iodoforme. Il entretient la liberté de ventre à l'aide de la formule suivante :

Pr. Sulfate de magnésie	} a.a. ̄iv
Carbonate de magnésie	
Soufre précipité	
Sucre de lait	
d'anis	

—*Le Médecin Praticien.*

Traitement de la fièvre de foin (*bronchite ou asthme d'été : hay fever des Anglais*).

Le Dr WEBER, de Philadelphie, considère l'iodure de potassium comme l'agent le plus efficace contre cette affection, surtout quand il est accompagné de bicarbonate de potasse et de jusquiame. Il emploie, à cet effet, le mélange suivant :

Extrait de jusquiame.....	0 gr. 731
Iodure de potassium.....	3 gr. 654
Bicarbonate de potasse.....	7 gr. 308
Extrait de réglisse dépuré.....	14 gr. 615
Eau d'anis.....	101 gr. 540
M...	

A prendre par cuillerées à dessert, toutes les 4 heures, jusqu'à cessation des accès. On doit suivre ce traitement au moins pendant une semaine.—*Revue de Thér. Méd.-Chir.*

L'acide lactique dans le catarrhe vésical.—Le Dr DEEKEL, d'après une longue expérience, pense que de tous les acides, l'acide lactique donne les meilleurs résultats dans cette affection. Il en donne de 0,75 à 1 gr. trois fois par jour. On commence à reconnaître la présence de cet acide dans l'urine après l'absorption de 2 gr. Il assure qu'il empêche les décompositions ammoniacales de l'urine, dissout les dépôts salins, et détruit les champignons microscopiques qu'elle pourrait contenir. (*Medical and surgical Reports*).—*Revue de thér. méd.-chir.*

Un conseil en cas d'anesthésie.—Le Dr Hugues écrit dans *The London Lancet*: "Si je devais être chloroformisé, je"

dirais: Ne me surveillez ni le pouls ni le cœur; ne vous préoccupez pas de l'état de ma pupille: observez ma respiration; et si elle vient à se troubler à un certain degré, prenez une pince à artère et attirez fortement ma langue en dehors de ma bouche." On rapporte que feu M. Syme se conformait strictement à cette règle, et que, sur 5,000 cas de chloroformisation, il ne perdit pas un seul malade.—(*Rev. de Thér. Méd. Chir.—Le Praticien*)

—

Formule contre la stomatodysodie.—(*Mauvaise odeur de la bouche*):

Eau distillée de menthe.....	300	gr.
Eau distillée de laurier-cerise.....	30	gr.
Essence de menthe.....	10	gr.
Borate de soude.....	4	gr.

M.

Trois fois par jour, se laver la bouche avec cette eau.—*Revue de thérapeutique médico-Chirurgicale.*

—

Potion contre le hoquet persistant.—(*Marage*):

Huiles d'amandes douces.....	60	gr.
Chloroforme.....	20	gr.
Sirop diacode.....	30	gr.
Sirop de menthe.....	12	gr.

M.

A prendre par cuillers à café toutes les trois heures.—*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale.*

—

Colutoire contre le Muquet.

Eau distillée.....	200	gr.
Glycérine pure.....	30	"
Borax.....	10	"
Essence de menthe.....	10	gr.
Teinture de pyrèthre.....	1	gr.

M.

—*Revue de thérapeutique médico-Chirurgicale.*

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

MONTREAL, MAI 1881.

Comité de Rédaction :

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

Les opérations chirurgicales à la ville et à la campagne.

Nul doute que, d'une manière générale, il faut faire une distinction entre l'atmosphère de ville et l'atmosphère des campagnes.

C'est bien dans les premières que naissent et se développent les maladies, à caractère contagieux, à type contagieux, dirai-je plus correctement, et l'opéré doit être à l'abri d'accidents étrangers, des maladies intercurrentes; il a bien assez souffert, le pauvre amputé, de la perte d'un membre, ou de l'enlèvement d'un organe (merveille récente de la chirurgie), sans qu'il soit exposé aux atteintes d'une des affections morbides que le cadre ygnotique nous fournit.

Les secondes ne sont pas accoutumées à des ravages semblables, et si les épidémies y dirigent leur marche désastreuse, il ne reste bientôt plus trace de leur passage; c'est un vent qui souffle, qui passe et ne revient plus, qui va se perdre dans des régions reculées, s'il ne disparaît pas dans l'immensité des océans, ces climats favorisés qui ne présentent rien de ces sombres couleurs.

Voilà bien pourquoi le chirurgien clairvoyant, qui voit par-delà de son scalpel, qui comprend que les dangers ne sont pas moins nombreux après l'opération qu'avant, cherche une terre de salut, redoutant le sort néfaste qui lui enlèvera celui à qui il venait de rendre la vie.

C'est pourquoi les experts, les *virtuoses* de l'art chirurgical se paieront le luxe d'une maison, d'une *villa opératoire*, au milieu des parfums de la campagne, y conduiront le patient comme dans un berceau où la mort ne peut pénétrer.

C'est ce qui se fait aux environs de Londres, sinon ailleurs;

ce qui s'est dit là-bas se répète ici; ce qui se pratique à Londres, on suggère de le pratiquer parmi nous.

Cette question importante de la supériorité de la campagne sur nos villes, devons-nous la résoudre dans un sens affirmatif?

Montréal, au point de vue de l'atmosphère, de la composition intime de l'air, n'est-elle pas une campagne véritable? Notre ciel n'est-il pas pur, et les vapeurs qui enveloppent Londres comme dans un voile impénétrable, sont-elles perceptibles au dessus de notre ville? La brise fraîche que nos montagnes du nord bien disposées, laisse venir jusqu'à nous le souffle humide qui règne sur les bords de notre grand fleuve, ne nous mettent-ils pas dans une position géographiquement sanitaire d'une manière exceptionnelle? Les épidémies ont-elles pénétré souvent dans nos hôpitaux? Nos malades, nos opérés n'ont-ils pas la quantité d'air pur qui leur est nécessaire? Est-ce que nous ne leur en fournissons pas à chacun d'eux trente à quarante mètres cubes par heure?

Voilà autant de questions qu'il faut se poser.

L'hygiène, nous dit Gladstone, (une autorité qu'on trouvera peut-être curieuse, mais qui est compétente puisqu'elle s'accorde parfaitement avec les données reçues) doit rendre l'existence des villes aussi avantageuse que celle des campagnes au point de vue de la santé. Il n'est pas dans l'ordre divin que la vie y soit plus exposée.

C'est en effet ce que se sont dits, peut être instinctivement, les fondateurs des villes modernes pour le bien de tous. Les ruelles étroites disparaissent, elles sont laissées au Caire avec la peste qui y a élu domicile; les rues larges, les bouquets et les rangées d'arbres, les parcs ou promenades publiques, etc., il y a dans tout cela des applications sanitaires pratiques, qui font que notre air est pur, et que nous aimons à respirer notre air.

—

L'École de Médecine vs. l'Université Laval.— L'École de Médecine n'ayant pu obtenir de la cour de Rome qu'elle mette de côté le décret ordonnant l'établissement à Montréal d'une succursale de l'Université Laval, s'adresse maintenant aux tribunaux civils dans l'espérance d'arriver ainsi à son but.

D'un autre côté, l'Université Laval, appuyée par les évêques de la province de Québec, s'adresse à la Législature pour obtenir un *bill* afin de faire disparaître les doutes qu'on soulève sur la légalité de son existence à Montréal et pour mettre fin à un état de chose qui dure depuis trop longtemps déjà et

qu'on pourrait prolonger indéfiniment au moyen d'appels judiciaires.

Voici la lettre que l'Evêque de Montréal a adressée à ce sujet aux journaux de cette ville :

(Evêché de Montréal,
(Montréal, 29 avril 1881.

Pour éviter de nouvelles discussions dans les journaux au sujet de la question universitaire, je crois utile et opportun de rendre public les faits suivants :

1^o Malgré les plaidoyers du défenseur de l'École de Médecine (Victoria) à Rome, où l'Université Laval n'était pas représentée, le Saint-Siège a manifesté clairement son désir que la succursale fut maintenue, et que les doutes soulevés à son sujet fussent levés.

2^o Les évêques de la Province ont signé une requête en faveur de l'Université-Laval, pour appuyer la demande que celle-ci fait à la Législature.

En présence de ces faits, il est du devoir de tous les catholiques sincères de se soumettre aux décisions de l'autorité sur cette question, sans qu'il soit nécessaire de les rappeler ici, et l'on ne peut s'expliquer la prétention que l'on a de ranger certaines communautés sous les drapeaux de l'opposition à la succursale-Laval à Montréal.

† EDOUARD CHS, EVÊQUE DE MONTRÉAL.

—

Tarif médical.—Enfin, le tarif médical a été sanctionné par le Lieutenant-Gouverneur en Conseil. Il a été publié dans la *Gazette Officielle*, et aux termes de la loi, il sera en force six mois après telle publication.

—

Examens à l'Université-Laval.—Les examens (par écrit, oral et clinique) pour les degrés de la licence et du doctorat en médecine de l'Université-Laval ont lieu à Montréal, les 6, 8 et 9 avril dernier. MM. Isaïe Cormier, Aimé Gaboury et George Henry Oliver ont subi avec succès ces diverses épreuves.

Les examens de terme ont eu lieu le 13 du même mois.

Admission à l'étude de la médecine.—Les examens pour l'admission à l'étude de la médecine ont eu lieu les 5 et 6 courant, dans les salles de l'Université Laval, en cette ville. De ce nombre, dix huit ont été admis, douze ont été refusés partiellement, et vingt-sept ont été refusés complètement.

Voici les noms de ceux qui ont été admis : Messieurs J. A. Johnston, E. Labonté, M. Brophy, H. Gaudreau, H. T. Hurdman, C. Bussière, D. R. Darby, W. H. Léonard, H. B. Smith, F. Simard, G. Smith, P. Morin, J. C. Blanchet, F. Jeannotte, J. O. Lambert, A. Lamothe, C. Prévost, N. Tessier.

Brochures reçues.

Eighth Annual Report of the Trustees, superintendent and treasurer of the Illinois Asylum for feeble minded children at Lincoln, October 1st, 1880.

VARIÉTÉS.

Liqueur conservatrice pour pièces anatomiques.

—Le *Medical Times* publie une note relative à un nouveau liquide destiné aux embaumements et à la conservation des pièces anatomiques : la formule en est due au Dr Wickersheimer.

Voici la composition de ce mélange recommandé :

Alun	ʒ ij
Sel de cuisine.....	ʒvj
Sel de nitre	ʒiij
Potasse.....	ʒ ij
Acide arsénieux.....	ʒijss

“ On fait dissoudre le tout dans 6 livres d'eau bouillante, on laisse refroidir et on filtre. Puis à 4 livres de cette solution, on ajoute 2 livre de glycérine et 8 onces d'éther méthylique. (Quelles que soient les quantités de liquide que l'on veuille préparer, les portions que nous venons d'indiquer doivent toujours servir de base.) ”

Chambre des députés.—M. le Dr Turigny et un certain nombre de ses collègues ont déposé le projet de loi suivante :

“ Article unique.—Tout citoyen français mort en concourant au sauvetage dans un incendie, tout médecin mort dans les hôpitaux en soignant une maladie épidémique, toute personne morte en essayant de sauver la vie à un de ses semblables, sera considéré comme mort au champ d'honneur, et laissera à sa veuve ou à ses enfants une pension égale à celle du soldat mort sur le champ de bataille, c'est-à-dire le double de la pension ordinaire.”

L'urgence, mise aux voix, a été déclarée.—*Revue de Thérapeutique Médico-Chirurgicale.*

Le Dr Tanner.—Le Dr Tanner paraît vouloir faire parler de nouveau de sa personne.

Les feuilles américaines publient une lettre adressée par lui au Dr Richardson et où il offre de recommencer à Londres son jeûne de quarante jours ; en même temps, il se pose comme champion de l'eau, il porte un défi à tous les partisans du vin, de la bière et des alcools. Il demande qu'on fasse jeûner en même temps que lui des individus du même âge et de la même constitution que lui, et qui auront la faculté de s'administrer des boissons précipitées, tandis que lui s'en tiendra uniquement à l'eau. Il prétend que c'est lui qui endurera plus longtemps la privation d'aliments.

NAISSANCE.

—A St. Sébastien, le 3 Avril dernier, la Dame du Dr T. Phénix, un fils.

DÉCÈS.

—A Montréal, le 12 avril, M. le Dr E. A. Paquet.