

## 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.

---

## Diagnostic général des ulcères chirurgicaux de la bouche.

---

MONSIEUR LE RÉDACTEUR.

Les cas assez nombreux d'ulcérations de la bouche que j'ai eus à traiter depuis quelque temps, et les services que m'ont rendu pour établir mon diagnostic, les notes que j'ai prises, sur ce sujet, au cours de M. Dolbeau, professeur à la Faculté de Paris, m'ont déterminé à vous les communiquer.

Le Professeur Dolbeau divise les ulcères chirurgicaux de la bouche, en traumatiques et en diathésiques.

Les ulcères traumatiques ont pour caractère leur interminable persistance : ils ne rongent pas, mais ils ne se cicatrisent pas ; ils sont, pour ainsi dire, l'extrémité toujours béante d'une fistule dont la cause demeure en permanence, et cette cause est, soit un calcul solitaire, soit un chicot de dent, soit un corps étranger introduit dans la langue ou dans les parois de la bouche. M. Dolbeau rapporte le cas d'un prétendu cancer de la langue, qu'on avait décidé d'opérer. La totalité de l'organe était dure et le dos portait une ulcération caverneuse, excessivement douloureuse, saignant facilement, et qui présentait, à s'y méprendre, les caractères connus du cancer lingual. Mais il y avait sept ans que le mal avait débuté ; M. Dolbeau ne croit pas aux cancers de la langue qui durent sept ans. Il rapproche ses doutes du récit d'une lésion traumatique dont le malade avait été victime quelque temps avant le début de son prétendu cancer. En sondant avec attention la profondeur, il toucha avec le stylet un corps très-dur. C'était une dent qui avait été fichée dans le tissu de la langue, qui y était demeurée et avait suffi pour entretenir l'ulcère que l'on supposait être cancéreux. L'ablation de ce corps étranger produisit la guérison rapidement.

Les ulcères traumatiques présentent une difficulté sérieuse pour le diagnostic, ce sont les poussées inflammatoires aux-

quelles ils sont exposés et qui ajoutent à leur physionomie les symptômes propres à certains ulcères envahissants.

Les véritables ulcères de la cavité buccale, les plus importants, à coup sûr, sont les ulcères diathésiques. Ils ont pour caractère non-seulement leur persistance, mais encore leur tendance à s'agrandir et même à se propager. Ils dépendent des trois grandes diathèses : la scrofule, la syphilis et le cancer ; le cancer, qui, d'après une ingénieuse théorie du Prof. Hardy, ne serait que la manifestation ultime de l'herpétisme ou de la dartre. Ces diathèses elles-mêmes, dont la description est si simple dans les livres, ne se présentent pas toujours en clinique, avec la pureté de leurs caractères typiques : il y a des cas dans lesquels en présence de sujets scrofuleux, issus de parents syphilitiques ou réciproquement, il nous est impossible de dire quelle part appartient à la vérole, quelle part à la scrofule dans la production d'un ulcère buccal. Lisez les livres, parcourez les journaux, observez les malades surtout, et vous serez convaincus de la réalité de l'influence combinée de la scrofule et de la syphilis, combinaison que Ricord a depuis longtemps reconnue et exprimée par une formule aussi vraie que pittoresque, quand il parlait des *scrofulates de vérole* et des *vérolates de scrofule*.

Les ulcères sont solitaires ou multiples : les ulcères cancéreux sont habituellement solitaires : les ulcères syphilitiques et scrofuleux peuvent l'être également : la condition qui fait que ces derniers sont multiples, c'est souvent la combinaison de la diathèse syphilitique et de la diathèse scrofuleuse.

Au point de vue du siège, nous devons diviser les ulcérations de la bouche suivant qu'elles appartiennent à l'orifice buccal, à la langue, ou à la gorge et à l'isthme du gosier. Chacun de ces ulcères donne lieu à des troubles en rapport avec la fonction de la partie de l'appareil digestif qui les supporte ; la difficulté du diagnostic ne rentre pas dans la constatation du siège, mais dans la détermination de leur nature, et ce diagnostic est indispensable à faire, si l'on veut être en mesure de porter un pronostic raisonnable et d'instituer un traitement utile.

Il faut se mettre en garde contre une pratique détestable qui repose sur cette opinion ancienne que la vérole est toujours pour quelque chose dans la production des ulcères de la bouche. L'étude attentive de la clinique a montré de nos jours ce que cette opinion a d'erroné, et nous avons vu des médecins s'efforcer de trouver dans des caractères purement objectifs les éléments d'un diagnostic que l'on savait être moins uniforme.

La tentative était louable, elle a fait travailler d'excellents esprits, mais elle est également exagérée. La précision objec-

tive absolue est impossible à atteindre, et ce n'est pas suivant un seul caractère, mais d'après la discussion d'un ensemble de signes que nous pourrions arriver à la précision.

Quand vous serez appelés auprès d'un malade atteint d'une ulcération de la bouche et que vous en aurez déterminé le siège dans la cavité buccale, vous rechercherez avant tout qu'elle en est l'étendue en surface et en profondeur. Vous comprenez déjà qu'il n'est pas indifférent de savoir si la muqueuse seule est rongée ou si les parties sous-jacentes sont envahies. C'est une question dont la solution est pressante, pour le voile du palais surtout, parce qu'il est mince et parce que les ulcères qu'il supporte ont une extrême tendance à la perforation.

Le renversement des bords de la perte de substance et la tuméfaction des tissus pourront vous en imposer en faisant paraître l'ulcère moins profond qu'il ne l'est en réalité : ce sont des causes d'erreurs que vous ne devez pas perdre de vue. Un des premiers points de diagnostic à établir c'est de savoir si, oui ou non, les tissus qui forment la base de l'ulcération sont malades.

Il est rare que l'ulcère cancéreux ne repose pas sur une base d'induration diffuse. Il est rare que l'ulcère scrofuleux repose sur une base épaisse, à moins toutefois qu'il ne s'agisse de lupus ulcéré, comme on en observe au voile du palais. Il est commun de voir l'ulcère syphilitique tertiaire reposer sur une base épaisse et dure à la fois.

L'aspect de l'ulcère mérite d'être étudié avec le plus grand soin. Est-il rouge, granuleux, framboisé; ces granulations présentent-elles au toucher une dureté pointillée? Vous êtes en présence d'un caractère important du cancer. Le fond est-il grisâtre, soulevé par des bourgeons volumineux et moux; le pourtour de la perte de substance est-il, dans un rayon de un à deux centimètres, marqué par une zone teintée en rouge brun, c'est une apparence qui doit vous faire songer à la syphilis tertiaire.

Si le fond est grisâtre, avec des bourgeons flasques, une zone rosée, faite comme un pinceau, et séparant de l'ulcère la muqueuse blafarde et mal portante, comme le sujet d'ailleurs, cela ne vous permet pas d'affirmer un ulcère scrofuleux, mais c'est suffisant pour vous y faire penser.

La muqueuse circonvoisine peut porter de petites saillies : graine de cancer ou petites gommés en voie d'évolution. Elle peut porter de petites ulcérations, point de lupus qui s'ulcère ou adénites folliculeuses multiples : vous jugerez et vous songerez à la diathèse scrofuleuse.

La douleur joue, au début, un rôle peu marquant, et, dans

tous les cas, variable : les ulcères cancéreux sont, de tous les ulcères de la bouche, les plus douloureux. Souvent la douleur précède la perte de substance, elle la suit, d'ordinaire, dans les cas de lésions syphilitiques ou scrofuleuses. Le caractère de cette douleur est lui-même à noter, car il diffère essentiellement dans le cancer et dans les autres maladies. Mais en présence de la douleur, vous songerez toujours aussi que ce signe dépend souvent d'une poussée inflammatoire, causée par des aliments, des topiques ou l'irritation d'une dent ; inflammation qui constitue une des complications les plus pénibles des ulcérations buccales.

Vous rechercherez, comme un élément de diagnostic de la plus haute importance, l'engorgement ganglionnaire. Il existe toujours dans le cancer, mais il n'existe pas tout de suite : quelquefois deux ou trois mois le séparent de la première apparition de l'ulcère. Vous pressentez l'intérêt qu'il y a à ne pas attendre la manifestation de ce signe pour diagnostiquer un cancer, car c'est précisément l'absence de ce signe qui vous autorise à intervenir énergiquement. L'engorgement ganglionnaire existe dans la scrofule, mais il n'est pas régional, c'est-à-dire qu'il dépend plutôt de l'influence de la diathèse que de l'ulcère lui-même, et quand on voit les ganglions, dépendant du point ulcéré, s'engorger, c'est que l'ulcère a été irrité et a subi une de ces poussées inflammatoires qui compliquent souvent les pertes de substance de la bouche : il s'agit alors plutôt d'une adénite ganglionnaire franche que d'un engorgement proprement dit. C'est avec cette physionomie que se présentent les ganglions produits par l'irritation d'une gomme ulcérée. En dehors de ces cas, l'engorgement est un phénomène absolument variable. La fétidité de l'haleine, fétidité repoussante jusqu'à la nausée pour le médecin, est un symptôme ordinaire du cancer de la langue, ou d'une manière générale, de la bouche.

Ce signe n'est cependant pas spécial au cancer, il appartient à toutes les ulcérations quelles qu'elles soient, traumatiques, gommeuses ou scrofuleuses, et il se montre surtout lorsque ces ulcérations subissent une poussée inflammatoire ; or, c'est précisément la violence de cet appareil inflammatoire qui fait parfois ressembler les ulcères non cancéreux aux cancers. Le diagnostic ne tire donc aucun parti de ce signe, la fétidité, que l'on observe souvent avec une grande intensité dans les cas de simples stomatites médicales.

On doit en dire autant de l'hémorrhagie. L'hémorrhagie est un des signes habituels du cancer, mais comme il n'est pas constant nous ne pouvons pas lui attribuer une valeur patho-

gnomonique, et d'autre part, les causes d'irritation et d'inflammation, portant sur des ulcérations quelconques, ont souvent pour effet, des écoulements de sang souvent aussi intenses que ceux du cancer : une hémorrhagie n'aurait de valeur que si elle survenait sans qu'une irritation ou une poussée inflammatoire put en expliquer l'apparition.

Je vous ai dit que ce n'est pas sur un signe que vous devez vous appuyer pour établir un diagnostic, mais bien sur le concours et la combinaison d'un certain nombre de signes dont l'ensemble entraînera la certitude, aussi devez-vous aller au-delà de la constatation des signes qui précèdent. L'âge des sujets, la marche du mal, la date de ses débuts, son mode de procéder doivent être pris en sérieuse considération.

La clinique nous apprend en ce qui concerne l'âge, que, jusqu'à vingt ans, c'est principalement la scrofule qui en est la cause; il s'agit parfois d'ulcères étendus, mais non perforants, ulcères en réalité bénins, à moins qu'il ne s'agisse de la forme rongearite du lupus, forme rare dans la première enfance. Après 50 ans, la scrofule est rare, on l'observe sans doute chez les habitants misérables des grandes villes; la scrofule est l'exception chez les vieillards; à cet âge, au contraire, c'est le cancer qui se montre habituellement; à l'âge moyen, appartient surtout la vérole. La vérole se voit cependant dans l'enfance. Déterminer le caractère, scrofuleux ou syphilitique d'un ulcère n'est pas toujours chose facile.

Le jeune sujet, malgré son état de débilitation, a-t-il conservé un teint frais? il s'agit probablement d'un ulcère scrofuleux pur; a-t-il au contraire un teint bistré, et cette apparence cachectique qui caractérise ce que l'on appelle les petits vieillards, l'ulcère a-t-il une marche vive et une tendance à la perforation? il ne s'agit alors selon toute apparence ni de syphilis ni de scrofule, mais de scrofulate de vérole, selon l'expression de Ricord. La syphilis seule peut amener la perforation par la fonte d'une gomme, mais cette perforation n'a pas le cachet de violence que lui imprime l'influence de la scrofule. Un ulcère cancéreux coïncide au début avec les apparences d'une santé parfaite; ce n'est que plus tard et par le fait de l'envahissement que l'état général s'altère et que le malade présente les signes de la cachexie à laquelle il doit succomber.

Au point de vue de la marche de la maladie, nous savons que les ulcères de la scrofule sont lents et que la forme rapide appartient le plus souvent au scrofulate de vérole. Nous savons aussi que les ulcères syphilitiques ont également une marche lente: assez lente pour vous laisser le temps d'observer et surtout le temps d'agir. Enfin nous avons vu que, dans l'immense

majorite des cas, la marche des affections cancéreuses est également chronique. Il résulte de tout cela qu'une marche aiguë est le signe de probabilité d'un ulcère résultant de l'influence combinée de la scrofule et de la syphilis.

Le sexe n'est pas toujours un élément indifférent de diagnostic, pour déterminer la nature de la diathèse. La statistique nous a prouvé depuis longtemps que les femmes sont plus exposées à la scrofule, tandis que la syphilis et surtout le cancer appartiendraient plus volontiers au sexe masculin, en ce qui concerne la bouche, bien entendu; mais ce n'est là, qu'un indice bien général, il faut aller plus loin et chercher les manifestations diathésiques coincidentes et les antécédents héréditaires. Je vous le dis tout de suite : antécédents et manifestations coexistantes, vous font souvent défaut; cherchez dans le passé et voyez si le corps ne porte pas des stigmates de maux qui se seraient guéris; cette recherche elle-même demande à être faite avec discernement, car, dans le doute entre deux diathèses vous pouvez trouver une lésion qui peut également appartenir à l'une et à l'autre. Je prends pour exemple une lésion qu'on avait l'habitude de regarder comme pathognomonique de la syphilis tertiaire, la perforation de la voûte palatine; l'expérience a prouvé qu'elle appartient parfois à la scrofule pure. Cet exemple nous prouve combien il est souvent difficile de se prononcer en présence des stigmates, moins précis et moins significatifs, qui existent sur toutes les autres parties du corps. Aucun de ces signes ne présente par lui-même une valeur absolue, c'est dans l'assemblage et la comparaison de ces éléments que vous devez trouver le diagnostic. C'est alors que vous repassez en terminant l'examen local par lequel vous avez commencé, vous opposez chacun des caractères extérieurs de l'ulcère, auxquels nous avons refusé toute valeur objective par eux-mêmes, aux éléments de l'âge, de la durée, de la marche, de l'état général, des antécédents, du sexe et vous êtes en mesure de faire un diagnostic irréprochable.

Un ulcère à fond rouge, sujet aux hémorrhagies, reposant sur un fond dur, accompagné d'un engorgement ganglionnaire relativement tardif et surtout bien anatomiquement régional, provoquant de violentes douleurs, survenus chez un malade mâle ayant dépassé la cinquantaine et que la cachexie finit par envahir : voilà un ulcère cancéreux.

Un ulcère à fond grisâtre, mollement bourgeonneux, reposant sur une base plutôt infiltrée que dure, avec un engorgement ganglionnaire précoce et très étendu, provoquant peu de douleurs en dehors des complications inflammatoires, chez un

enfant du sexe féminin surtout, et suivant une marche chronique : voilà un ulcère scrofuleux.

La marche est-elle aiguë? Vous avez à peine besoin des antécédents pour affirmer l'influence du scrofulate de vérole, de Ricord? Ces deux exemples suffiront pour vous montrer tout le parti qu'on peut tirer du concours et de l'opposition de signes locaux et généraux, sans valeur s'ils sont isolés. Si j'insiste sur la possibilité de ce diagnostic rationnel, c'est pour qu'on se mette en garde contre cette pratique désastreuse qui consiste à faire le diagnostic par le traitement et à tâter par le mercure les ulcérations de la bouche. Pour quelques résultats heureux et rares, vous vous exposez ainsi aux accidents les plus graves. Quand il ne s'agit pas d'une syphilis pure, si vous êtes en présence d'une scrofulide, d'un scrofulate de Ricord ou d'un cancer, vous provoquez une stomatite épouvantable. Les hémorrhagies, le phlegmon, le dépérissement général sont le résultat premier de cette imprudence.

Dans le doute, si vous êtes en présence d'une cachexie, alors même qu'il s'agit d'une syphilis hybride, c'est le traitement reconstituant qui convient : huile de foie de morue, iodure de potassium à dose très faible, iode, quinquina, alimentation. C'est là le traitement qui n'aggrave ni la scrofulide, ni le cancer, et relève assez les forces du malade pour vous permettre avant toute intervention locale, de confirmer, par un examen judicieux, le diagnostic que l'état de complication locale et générale du malade ne vous aura pas permis de porter au commencement.

DR. S. A. LONGTIN.

Laprairie, février 1877.

---

### Tumeur enkistée.

---

M. le Rédacteur,

Il y a quelques mois, une dame Langlois vint me consulter au sujet une tumeur qu'elle avait à l'occiput. Cette tumeur était de la grosseur d'un œuf d'oie et excessivement dure au toucher; en pressant fortement la surface, il en sortait un liquide blanchâtre au milieu duquel flottait une multitude de globules très-petits, blancs, ressemblant à du millet. D'après l'histoire de ma patiente, une petite ouverture s'était

formée d'elle-même, depuis une huitaine de jours, d'où s'échappait ce liquide dont je viens de parler, et ce nouveau phénomène la rendait très-inquiète. J'agrandis cette ouverture et je fis une injection de teinture d'iode, deux onces au moins, puis je la bouchai avec une forte tente.

A tous les deux jours, je renouvelais mes injections jusqu'à ce qu'il ne sortit plus de matière autre que la teinture d'iode que j'injectais. Cependant l'enveloppe du kiste ne subissait aucune transformation par ce traitement, et j'en étais d'autant plus sûr que la tumeur, quoique vide, n'était pas considérablement diminuée en surface, sans être plus molle au toucher. *A chaque injection, ma patiente ne souffrait d'aucune cuisson à la tête, ce qui me faisait croire que ce kiste devait être épais, fortement organisé et impossible à détruire, à moins d'avoir recours à la chirurgie: j'en étais rendu à la vingtième injection.*

Quelque temps passé, aidé de mon confrère, le Dr. Hudon, je fis facilement l'ablation de la tumeur par énucléation, tant elle était peu adhérente à la peau et au tissu cellulaire entre lesquels elle s'était développée. Ce kiste était épais d'environ deux lignes, très-blanc, de consistance dure, à peu près semblable à du cartilage, et très-difficile à couper avec le scalpel. Mon confrère et moi ne fûmes pas étonnés de la forte organisation de ce kiste qui, au dire de l'opérée, était âgé de plus de vingt-quatre ans.

Dans ce cas-ci, il m'a été facile de diagnostiquer l'espèce de tumeur que j'avais à traiter, en ayant sous les yeux d'abord la matière qui s'écoulait par une fistule, au moment où ma patiente se présenta chez moi: ensuite, il y avait absence complète de douleur et mobilité de la loupe qui était bien circonscrite. Je la rangeai de suite parmi l'espèce athérome.

J'aurais pu la confondre, par son apparence externe, avec une autre espèce de kiste à substance jaune, onctueuse et ressemblant beaucoup aux sécrétions synoviales; mais dans le cas dont je parle, le liquide qui en sortait était blanchâtre, et un grand nombre de petits grains blancs, consistants presque autant que du suif, nageaient à sa surface.

La surface de la tumeur était uniforme, sans bosselure aucune, et la peau qui la recouvrait avait sa couleur naturelle; je ne pouvais découvrir aucune altération des points de sa surface. Si j'avais eu affaire à un lipôme, la tumeur eût eu des bosselures arrondies et nombreuses, faciles à percevoir sur sa surface et à travers la peau; elle eût été molle et j'eusse senti l'élasticité de son tissu à travers les téguments. Puis, durant l'opération, j'aurais trouvé un certain nombre de petits vaisseaux qui nourrissent la tumeur et qui pénètrent ordinairement

dans sa substance, par sa surface profonde, comme le disent les auteurs. Ici, rien de cela : après avoir évacué la loupe, je fais l'opération, j'en retire une enveloppe dure, bien organisée, ressemblant à une coquille d'œuf, puis absence complète de vaisseaux sanguins ou de substance graisseuse au dedans de cette enveloppe.

En est-il de même du stéatôme ? Le stéatôme est pesant et très-adhérent ; la tumeur enkistée est légère, peu adhérente, et facile à déplacer sous la peau. Le stéatôme, en vieillissant, a une grande tendance à s'enflammer, le kiste ne s'enflamme jamais et ne passe jamais à l'état cancéreux, ce qui arrive quelquefois au stéatôme. Dans le cas dont je parle, il y avait longtemps que la tumeur se développait, comme je l'ai déjà dit au commencement de mes observations, et jamais ma patiente n'avait ressenti la moindre douleur. Ainsi, il était encore difficile de confondre cette loupe enkistée avec le stéatôme que je viens de désigner.

Quelles sont les causes qui peuvent produire le kiste ? les auteurs nous disent que le kiste n'est autre chose qu'un follicule cutané dont l'ouverture s'est oblitérée et qui a été dilaté par l'accumulation de la matière qu'il secrète, acquérant ainsi un volume plus au moins considérable. Nous voyons par là que la sécrétion elle-même dilate et forme le kiste ; mais qu'est-ce qui amène cette sécrétion anormale ? Une pression forte et continue sur un point très-restreint du corps peut l'amener ou la produire. Cette femme Langlois attribuait la cause de sa maladie au fait d'avoir porté sur sa tête, un chaudron très-pesant, et elle me dit qu'elle en ressentit de suite un peu de douleur à l'occiput et que l'enflure se montra peu de jours après avoir commis cette extravagance, selon son expression. toute irritation sous épidermique, a étendue restreinte, causée par traumatisme, ainsi que des boutons rentrés ou avortés, peuvent être la cause de ces sortes de kiste.

Avant de finir, permettez-moi d'ajouter quelques mots sur le traitement de cette affection. D'abord tous les auteurs s'accordent à dire que la meilleure méthode à suivre est l'ablation. Oui, mais pas pour toutes les tumeurs, même enkistées. Le lipôme, le stéatôme, demandent le scalpel quand même ; les tumeurs enkistées qui sont formées depuis un bon nombre d'années et dont on croit le kyste épais ou fortement organisé exigent aussi l'ablation ; mais pour celles qui sont de date récente, petites, et dont le kyste est encore mince, il vaut mieux, pour éviter de plus grandes cicatrices, surtout quand il s'agit de la figure, pratiquer une légère ouverture et les attaquer par des injections qui puissent les détruire. Les injections d'iode

m'ont bien servi pour deux cas autres que celui dont j'ai déjà parlé : le premier, chez un enfant de huit ans, situé dans l'une des joues, était de la grosseur d'un marbre ; je l'ouvris légèrement et, après avoir fait une quinzaine d'injections d'iode, le kiste s'affaissa et disparut. Une opération aurait défiguré mon malade. Le second, chez une veuve, était un peu plus considérable et situé près de la symphise du menton, je l'ouvris de la même manière et je procédai avec les injections d'iode, pendant plusieurs semaines ; l'enveloppe de kiste se détruisit assez rapidement. Un autre cas que j'eus à traiter, chez un nommé Séraphin Daoust, était situé sur la partie antérieure du cou, il me donna moins de trouble et disparut plus subitement : en pressant fortement la tumeur, après plusieurs efforts inutiles, l'enveloppe se décolla, se dédoubla et son fond vint se présenter à l'ouverture que j'avais pratiquée moi-même ; avec un crochet aigu, je le harponnai, en le tirant au dehors ; le dédoublement devint complet et je n'eus qu'à inciser ce doigt de gant ainsi tourné à l'envers. Ainsi, sur quatre cas de loupes enkistées que j'ai eues à traiter, deux furent détruites par les injections d'iode et les deux dernières par l'ablation ou l'extirpation. Comme on le voit, le traitement peut varier pour différents cas, selon l'âge du kyste, son organisation, sa dimension et la place qu'il occupe par rapport au corps. Sans avoir essayé les injections d'acide nitrique pur, je crois cependant que cet agent thérapeutique agirait aussi bien, sinon mieux que l'iode.

DR. J. D. MOUSSEAU.

St. Polycarpe, 12 Mars 1877.

---

## Société Médicale de Montréal.

---

Séance du 28 Février 1877.

Le Dr. A. T. Brosseau, président, au fauteuil.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Le Dr. E. P. Lachapelle donne communication d'un travail sur le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids (méthode de Brand).

Après avoir fait l'historique de cette méthode de traitement il passe successivement en revue les indications et les contre

indications de son emploi ; puis analysant les observations qui ont été faites récemment à Paris et à Lyon, il en arrive à la conclusion, avec M. le Dr. Dujardin-Beaumetz, que les seuls cas où un médecin est justifiable de recourir aux bains froids, c'est lorsqu'il s'agit de ces états ataxo-adyamiques, qui constituent une véritable forme convulsive de la fièvre typhoïde.

Dr. Ed. Desjardins : La méthode de Brand peut bien quelquefois être suivie de succès, mais je suis d'avis qu'elle est trop exclusive. M. Leroy traitait ses malades atteints de fièvre typhoïde avec l'eau froide. Il se servait de draps mouillés avec lesquels il faisait envelopper ses malades, et il proclamait les bons effets de cette pratique.

Cependant, depuis les recherches déjà anciennes de M. Louis, qui a eu le mérite de découvrir la constance de la lésion folliculaire, le traitement ordinaire est bien le plus rationnel.

La méthode de Brand, à cause de son exclusivisme, pourrait bien avoir le même sort que celle de M. Bouillaud, qui proposait la saignée à toutes les périodes de la maladie.

Dr. A. Dagenais : Je n'ai pas d'expérience personnelle du système de Brand, mais je crois qu'on doit y recourir avec circonspection, à cause du danger des répercussions, danger d'autant plus redoutable que la fièvre typhoïde a une grande tendance aux congestions. Brand et Glennard enseignent que la mort est consécutive à la paralysie du cœur ou du cerveau, mais je crois plutôt que la mort arrive par anémie ou hémorrhagie. Une chose qui me frappe, c'est que les statistiques montrent que la fièvre typhoïde est plus meurtrière à Paris qu'ici. Doit-on en attribuer la cause au génie épidémique de cette affection ou supposer qu'il y a plus de pauvreté de sang chez eux, du moins dans la classe ouvrière ? Il ne faut pas perdre de vue que la nourriture est là presque toute végétale et que le régime animal entre pour une faible part dans leur alimentation, tandis qu'ici, d'accord il est vrai avec les exigences du climat, on a recours à une nourriture toute opposée. Toujours est-il que chez nous la mortalité, dans la fièvre typhoïde, est, dit-on, d'à peu près 10 pour 100, et M. Ferréol, qui est partisan de la méthode de Brand, dit qu'elle est de 15 à 18 pour 100. Cette différence, en notre faveur, est bien de nature à nous faire mettre de côté les bains froids.

Ce dernier système s'attaque à un symptôme de la maladie, à la fièvre, et non au principe de l'affection. Dans la forme ataxique, comme c'est elle qui comporte le plus de gravité, j'essaimerais peut-être les bains froids, mais en désespoir de cause. Quant aux bains tièdes, je les trouve praticables à cause de leur effet sédatif et sudorifique, et plus en harmonie avec nos

données. J'ai rarement rencontré la perforation intestinale dans la fièvre typhoïde.

En résumé, je crois, qu'en généra' on doit s'abstenir de la méthode de Brand dans le traitement de cette affection. Du reste, les expériences de Lyon et d'autres observations citées par le Dr. Lachapelle, sont péremptoires, et ne sont pas favorables à ce traitement.

Dr. J. W. Mount: Le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids peut avoir son bon côté, puisqu'il est employé par des médecins recommandables, mais pour suivre les effets de ce système il est nécessaire d'avoir le thermomètre à la main. Dans les hôpitaux, le champ de ces sortes d'expériences est plus facile, cependant, outre que les malades s'y soumettent avec appréhension, il y a raison de redouter les complications. Dans les fièvres éruptives et dans la fièvre typhoïde, je recommande spécialement les bains tièdes, ou plutôt je me borne à faire éponger la surface du corps avec de l'eau tiède, et je me loue de cette pratique.

Dr. F. X. Trudel: Par la méthode de Brand, on paraît s'occuper plus de l'extérieur que de l'intérieur, et je ne serais pas disposé d'y recourir.

Dr. Severin Lachapelle: Le traitement par les bains froids étant en vogue en Allemagne, en Angleterre, en France et aux Etats-Unis, l'on est en droit de lui supposer du bon et de ne pas le négliger. Du reste, en thérapeutique, il arrive souvent qu'une médication contraire aux données rationnelles entraîne à sa suite des résultats satisfaisants. C'est l'histoire de la méthode dite empirique.

Dr. A. Laramée: Les bains froids dans la fièvre typhoïde peuvent bien quelquefois être avantageux, mais je crois, à cause des dangers de complication, qu'on ne doit pas en faire une pratique exclusive. Dans la variole, le froid rend parfois des services réels. Je n'oublierai jamais le fait d'un individu atteint d'une variole grave avec délire, qui s'échappa, au milieu de l'hiver, d'un hôpital de cette ville. Il se dirige, en robe de nuit, vers le Champ-de-Mars, et là il se reconnaît et retourne à son point de départ. Le froid avait calmé les symptômes nerveux, et la maladie, dès lors, suivit une marche naturelle. Ici, ce n'était pas les bains froids mais des bains d'air froid, et leur action est identique. Dans les fièvres éruptives je fais des capitalisations thérapeutiques en recommandant les ablutions ou les lotions faites sur tout le corps avec une éponge imbibée d'eau tiède. Je me sens bien disposé d'en faire autant pour la fièvre typhoïde. Cette pratique est sans danger et soulage toujours les malades qui, du reste, les redemandent eux-mêmes. Les

bains froids heurtent des préjugés enracinés dans l'esprit de notre population.

Dr. Brosseau : La discussion qui vient de faire le sujet de notre séance est d'une grande importance. Je n'hésite pas à déclarer que les statistiques de M. Brand m'inspirent peu de confiance. Ce monsieur en nous apprenant que sur 170 cas de fièvres typhoïdes, il a obtenu, avec sa méthode, 170 guérisons, nous donne bien le droit de supposer qu'il a forcé la note. Je trouve assurément sa méthode trop exclusive, et je lui préfère les bains tièdes qui sont plus rationnels, sans danger et mieux supportés par les malades. En passant, je ferai le reproche qu'ici on n'abuse pas du thermomètre, on se fie trop à son tact.

L'usage du thermomètre rend de grands services dans les maladies accompagnées de haute température, dans les fièvres en général. Un autre reproche que nous n'avons pas volé, c'est que nous ne faisons pas assez souvent d'autopsies, et je suis bien convaincu que l'autopsie ferait trouver l'ulcération intestinale chez tous ceux qui succombent à la fièvre typhoïde.

Chose digne d'attention, dans certaines campagnes, la fièvre typhoïde fait relativement plus de victimes que dans nos villes, et je crois devoir expliquer la chose par le fait que plusieurs des habitants de la campagne atteints de cette maladie négligent entièrement les premiers soins, continuent souvent de se livrer à leurs travaux jusqu'à la dernière heure, et c'est alors qu'ils songent de recourir à un médecin. Une autre chose, c'est que ces braves gens fraternisant bien ensemble, se font un scrupuleux devoir de visiter assidûment leurs amis ou parents malades, et comme marque de sympathie séjournent longtemps avec eux, en dépit de l'ordonnance médicale. De plus, les demeures laissent souvent à désirer du côté hygiénique. En s'exposant ainsi à la contagion ils doivent contribuer à rendre cette maladie endémique.

Dans le traitement de la fièvre typhoïde, outre les bains tièdes, la quinine à haute dose, 10, 15, 20 grains, est recommandée. Pour ma part, j'ai employé le dernier traitement dans deux cas récents, avec un heureux résultat.

Le Dr. A. Dagenais propose, secondé par le Dr. E. P. Tachapelle, qu'un prix soit offert aux élèves de l'École Normale, en reconnaissance de la généreuse hospitalité accordée à la Société Médicale par cette institution, et qu'un comité composé des Drs. Brosseau, Ed. Desjardins, du moteur, du secondé et du secrétaire, soit chargé de voir à l'exécution de ce projet.—Adopté.

Et la séance est levée.

DR. A. LARAMÉE, Sec. Trés. S. M.

## REVUE DES JOURNAUX.

## PATHOLOGIE ET CLINIQUE MÉDICALES.

Sur un procédé propre à arrêter les accès du mal comitial; par le professeur Nothnagel, de Iéna.—Nothnagel a eu l'occasion d'observer une ouvrière âgée de 37 ans, qui, prise depuis l'âge de 19 ans d'accès d'épilepsie, avait trouvé un moyen des plus simples pour faire avorter les accès du mal. Environ un quart d'heure ou une demi-heure avant chaque accès, la malade dont il s'agit éprouvait une sensation d'angoisse avec constriction, qui, partant de l'épigastre, remontait derrière le sternum jusqu'au cou, et l'obligeait à faire des efforts d'inspiration, entrecoupés de soupirs; ces phénomènes se renouvelaient à plusieurs reprises, jusqu'à ce que survinssent les convulsions, et leur intensité était en rapport exact avec celle de l'accès épileptique. Or, pour enrayer celui-ci, il suffisait à la patiente de placer dans sa bouche, au début de l'aura, une poignée de sel, et de l'avaler avec de l'eau.

D'après Nothnagel, il s'agissait là d'une phénomène d'arrêt consistant en une excitation énergique des extrémités sensibles du nerf vague, les manifestations de l'aura ayant pour siège le nerf en question.—*Berliner Klinische Wochenschrift*, No. 41, 1876.—*Gazette Médicale de Paris*.

**Injection du Capitaine contre la blennorrhagie chronique.**—Voici ce que raconte le Dr. Sylvestre dans l'*Alger Médical*:

—Nous avons déjà la légendaire recette des *Zéphirs* contre la fièvre intermittente. En voici une, au moins aussi fantastique que la potion fébrifuge; je prie Messieurs les chimistes de ne pas bondir trop haut en la lisant:

Sulfate de zinc.....	1 gr.
Acétate de plomb cristallisé.....	0 5
Alun.....	0 5
Camphre pulvérisé.....	0 1
Gomme arabique.....	0 2
Eau de roses.....	125

Je déclare ne pas savoir comment se comportent ces différents agents de la force... thérapeutique, mis ainsi nez à nez dans le même bocal. Mais comme la blennorrhagie n'a pas encore été isolée, et que par conséquent il faudra encore beaucoup de temps avant qu'on ait trouvé le réactif qui la précipitera... hors de l'urètre ou qui calmera ses ébats, je ne vois pas pourquoi on n'emploierait pas cette *recette* qui paraît avoir donné d'excellents résultats si l'on en juge par la chronique.

Après la guerre du Mexique, tous ou presque tous les repatriés versaient beaucoup de larmes sur le pays enchanteur qu'ils venaient de quitter, et autant de pus blennorrhagique dans leurs caleçons. Ces hypersécrétions lacrymales et urétrales, mais surtout celles-ci, préoccupaient beaucoup les chirurgiens de marine qui administraient en vain copahu, cubèbe et les injections sous les formes les plus variées. La médecine, de guerre lasse, s'était déclarée impuissante et le pont de nos navires offrait le spectacle le plus navrant; quand un vieux loup de terre, un capitaine qui avait beaucoup vu de broussailles en Algérie, prenant en pitié malades et médecins, déclara posséder un remède souverain qu'il tenait de sa *famille*: et la chronique ajoute que le remède, d'abord accueilli avec méfiance par les hommes de l'art, fit merveille, et nos soldats et nos navires arrivèrent en France sans... ce résultat de la plus grande pensée du règne.

Dans la marine, cette recette est, paraît-il, fort en vogue aujourd'hui, il n'y a pas d'exemple qu'un marin atteint dans son urètre soit revenu deux fois à la visite, quand l'injection du *Capitaine* a été ordonnée et exécutée.—*Alger médical*, I, 56, février 1877.—*Le Bordeaux Médical*.

**Variole et vaccination.**—Parmi les nouvelles que nous apporte la presse étrangère, il y en a une dont nous devons tenir le plus grand compte. Depuis une période déjà assez longue, la variole fait à Londres des ravages considérables. Il y existe une épidémie, mais une épidémie grave, et il est bien improbable que la France n'ait pas son tour dans la dispersion du mal.

Des correspondances particulières de Bruxelles signalent dans cette dernière ville un certain nombre de cas graves, et s'ils veulent résister au fléau, les praticiens en France doivent s'armer dès à présent.

Les Anglais ont deux grandes préoccupations qui doivent nous tenir aussi. Ils cherchent par tous les moyens possibles

à isoler les malades, mais même les malades non pauvres. Ils poursuivent de toutes les façons toutes imprudences capables de transmettre le fléau.

Ils appellent surtout toute l'attention du public sur la vaccine. Cela est d'autant plus opportun qu'il se fait en Angleterre une campagne contre la vaccination, obligatoire, comme on le sait, en ce pays. L'ignorance et la passion des masses exposerait le pays à de bien graves dangers.

En France, les superstitions contre la vaccine tendent à disparaître, mais on y est encore trop indifférent vis-à-vis de cette salubre pratique, en particulier en ce qui touche les revaccinations.

Mais nous n'en sommes plus à proclamer les dangers de la vaccine, comme le font certains médecins du Canada. (*Union Médicale de Montréal.*) Nous avons lu dernièrement avec surprise une campagne contre la vaccine, appuyée sur des documents empruntés à l'état sanitaire de l'armée française pendant la guerre allemande. Si une histoire lamentable peut être écrite, c'est bien celle de nos troupes, surtout les troupes récemment enrôlées, plus cruellement décimées par la variole que par aucune bataille meurtrière, parce que les hommes n'y étaient pas vaccinés; les soldats allemands, dans les mêmes milieux, résistent chaque jour à la contagion, à tel point que la mortalité variolique sur toute l'armée y est insignifiante.

Si nos confrères canadiens avaient vu Paris, Blois, Tours, Orléans, accablés par les bienfaits de la non-vaccination, ils n'auraient pas pu écrire ce qu'ils ont dit de l'armée, périssant de la variole malgré les vaccinations, car celles-ci n'avaient pas été faites; elles ne pouvaient pas avoir été encore pratiquées (1).

S'il fallait encore donner un exemple récent, on pourrait citer, d'après le *British Medical Journal*, ce qui s'est passé dans la ville de Harland. Trente cas de variole chez des personnes vaccinées. Un cas de mort après imprudence grave. Dans la même ville, il y avait huit personnes non vaccinées. Elles ont eu la variole, sept sont mortes et une a guéri après avoir perdu un œil.—*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques.*

### Contagion de la fièvre typhoïde.—Les journaux médi-

(1) Le *Journal de médecine et de chirurgie* nous permettra de lui faire observer : que la presque totalité des médecins canadiens, sont partisans de la vaccination, et que si la Rédaction de l'*Union Médicale* a quelquefois permis l'insertion de quelques écrits du Dr. Coderre contre cette excellente pratique, elle n'en a jamais assumé la responsabilité, soit en les insérant, soit en les défendant dans la partie éditoriale du journal. (Note Edit.)

caux anglais rapportent un cas fort curieux de contagion par le lait. Un fermier du village de Blacko fournissait du lait à environ 50 familles dans le district de Barrowford. La fièvre typhoïde éclata dans sa maison sans qu'il en prévint les médecins inspecteurs de son district. Il continua donc à servir ses clients, et il se trouve maintenant qu'il y a dans le district cinquante et une personnes atteintes de la fièvre typhoïde, qui toutes font partie de la clientèle du fermier. Des mesures ont été prises pour éviter l'extension du mal; heureusement d'ailleurs la plupart des cas signalés sont d'une bonne nature.—*Revue scient.*, 27 janvier.—*Lyon Médical*.

—

### Electrisation dans l'hémiplégie d'origine cérébrale.

—Chez les individus atteints d'hémiplégie consécutivement à une hémorragie cérébrale, le traitement de la paralysie par l'électricité exige certaines précautions; chez ces malades la contractilité électrique est conservée, et quand tous les phénomènes congestifs ont disparu complètement, il est indiqué d'exercer cette contractilité par l'électrisation. En agissant ainsi, on a pour but d'empêcher les muscles de s'atrophier sous l'influence de la perte d'habitude de la contraction, et de leur faire ainsi récupérer la plus grande partie des mouvements qu'ils sont encore capables d'exécuter. Mais il arrive souvent qu'au moment où l'on électrise, on détermine de nouvelles poussées congestives vers l'encéphale. M. Desnos citait à ce propos l'exemple d'un malade hémiplégique qu'il électrisait, et chez lequel cette opération amenait toujours des phénomènes congestifs; si on eût continué l'électrisation, on eût ainsi certainement amené une nouvelle hémorragie cérébrale. Il y a donc là une précieuse indication qu'il faut saisir afin de cesser aussitôt le traitement qui peut amener d'aussi graves accidents. En attendant qu'on puisse le reprendre, on devra se contenter de frictions médicamenteuses, de mouvements imprimés aux membres pour empêcher les raideurs articulaires, de massages et de médication à l'intérieur.—*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*.

—

**Sur un râle spécial dit «râle mouillé» dans la pleuro-pneumonie aiguë.**—M. le docteur Million, médecin de l'Hôtel-Dieu de Saint-Etienne, a constaté la présence d'un râle spécial, *râle mouillé*, qui aurait la plus haute importance au point de vue du diagnostic et du pronostic.

Comme signe diagnostique, il dénote le passage de la pneumonie à la troisième période anatomique, soit la transition de l'hépathisation rouge au ramolissement gris et à la suffusion purulente du parenchyme pulmonaire. Comme caractère pronostique, ce signe est un présage certain et invariable de la mort dans un délai très-rapproché. En effet, les malades succombent dans les dix ou douze heures qui suivent l'apparition de ce phénomène remarquable.

Voici les caractères de ce râle :

C'est un râle humide à très-petites bulles toutes égales entre elles. Ces bulles sont un peu plus grosses que celles du râle crépitant fin. Elles ont quelques points de ressemblance avec le râle muqueux et certains râles caverneux ; mais en diffèrent essentiellement sous les rapports suivants :

1o. Comme ces derniers, il ne se montre pas indistinctement, soit pendant l'inspiration, soit pendant l'expiration. Au contraire, il ne s'entend que pendant l'inspiration exclusivement ;

2o. Il est beaucoup moins rude et plus doux que les râles muqueux et caverneux ;

3o. L'ouverture ou la rupture des bulles se fait d'une manière isochrone avec le temps de l'inspiration et produit une sensation *sui generis* unique et bien homogène ;

4o. Il n'y a pas, comme dans le râle muqueux, des grosses et des petites bulles, mais toutes sont du même volume.—*Annales de la Société médicale de la Loire, 1875, p. 630.*—*Bulletin Général de Thérapeutique médicale et chirurgicale.*

**De la migraine ;** par M. Hervez, de Chégoïn.—Il résulte clairement du travail de M. Hervez, de Chégoïn, sur la nature et le siège de la migraine, que cette maladie est une névrose artificielle, que son point de départ est dans le grand sympathique, son siège précis dans les filets nerveux qui accompagnent les artères, ses phénomènes matériels, dans la dilatation de ces vaisseaux et dans la compression qu'elle produit sur le cerveau et les autres organes. Le traitement de la migraine se réduit à combattre l'intermittence, la douleur et la dilatation artérielle. M. Hervez, de Chégoïn, donne chaque jour à ses malades une pilule ainsi composée :

Sulfate de quinine .....	0,05
Tannin.....	0,05
Aconitine .....	0,001

On peut facilement augmenter la dose ; certains malades

sont arrivés à prendre 3 ou 4 pilules avec un succès très-marqué.—*Annales médico-psychologiques.—Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale.*

**De l'iodure de potassium contre l'asthme, la bronchite aiguë et la bronchite chronique**, par M. Spargin (*The British Medical Journal*).—Il y a déjà un an que l'auteur administre ce médicament contre les affections pulmonaires, et spécialement contre l'asthme et la bronchite chronique : aussi, dit-il l'avoir employé dans plus de cent cas et presque toujours avec le plus grand succès.

L'iodure de potassium a un effet marqué sur la fréquence de la respiration, il diminue la dyspnée et facilite l'expectoration. Souvent, dès la première dose, les malades accusent une amélioration notable, et dans beaucoup de cas, l'auteur a vu des malades, qui avaient essayé inutilement des remèdes très-nombreux, éprouver une amélioration très-évidente et très-rapide de l'iodure de potassium, qu'ils trouvaient agir comme par enchantement. Habituellement l'auteur prescrit ce médicament avec du carbonate d'ammoniaque, et quand la toux est pénible et intense, il y ajoute de la teinture de Belladone et du vin d'ipécacanha. Dans un cas de pneumonie, l'iodure de potassium combiné à la teinture de jusquiame et à l'ammoniaque, produisit une diminution considérable de la dyspnée, et les inspirations, auparavant très-rapides, se rallentirent immédiatement d'une manière très-notable.—*Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale.*

**Bromure de potassium et belladone dans l'épilepsie.**—M. Bouchut indique, dans la *Gazette des Hôpitaux*, la formule suivante, qu'il emploie de préférence dans l'épilepsie chez les enfants :

Sirop simple.....240 grammes.

Sirop de belladone ..... 60 grammes.

Bromure de potassium..... 20 grammes.

Faites dissoudre.

Chaque cuillerée représente 1 gramme de bromure. Les enfants supportent mieux ce médicament que l'adulte, et M. Bouchut dit n'avoir jamais observé sur un nombre considérable d'enfants soignés par lui un seul accident de bromisme. Le seul phénomène qu'il ait observé comme accident du bromure de

potassium à la dose de six, huit ou dix grammes par jour, assez longtemps prolongée, a été la stupeur et l'hébétéude; mais en diminuant la dose les accidents ont disparu.

Aux doses progressives de trois et quatre grammes chez des enfants de cinq à neuf ans, et de quatre à six grammes chez des enfants de dix à quatorze ans, on obtient la guérison de la plupart des cas d'épilepsie qui se présentent dans la pratique. Il s'agit là, bien entendu, de l'épilepsie réflexe essentielle, et non de l'épilepsie de cause organique.—*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques.*

**Manière d'administrer le chloroforme.**—Le professeur Geo. H. B. Macleod, F. R. S. E., d'Écosse, insiste, dans une lecture aux étudiants, sur la grave responsabilité qui pèse sur celui qui administre le chloroforme. "Chaque fois, dit-il, que cet anesthésique est administré, la vie d'un être humain est plus ou moins compromise, et ce n'est qu'en observant avec une scrupuleuse exactitude certaines règles fixes qu'on peut se prémunir contre tout accident." Il le compare à un instrument bien tranchant, chose très-utile entre les mains d'un chirurgien habile et intelligent, mais dangereuse entre celles d'un enfant. Il le considère comme plus sûr que l'éther, et croit que les accidents mortels qui suivent son administration doivent être attribués à une coupable négligence de la part de celui qui l'administre et souvent aussi au choc produit par l'opération lorsqu'on n'a pas eu soin d'anesthésier le patient assez profondément. Il est inutile d'examiner si le patient a une maladie de cœur ou de quelque autre organe, car s'il peut supporter l'opération, il supportera aussi bien le chloroforme. "Nous ne connaissons presque aucune maladie qui contraindique l'emploi du chloroforme." Il soulage souvent les maladies du cœur, et les accidents qui résultent de son emploi dépendent le plus souvent de ce que l'anesthésie est incomplète.

Celui qui administre le chloroforme, ne doit s'occuper de rien autre chose; l'oubli de cette règle a été la cause de beaucoup d'accidents mortels. L'état du patient change à tout instant, et ces variations doivent être surveillées et guidées, tâche qui suffit à occuper un aide.

Avant d'administrer l'anesthésique, on doit mettre à sa portée un forceps pour tirer la langue au dehors, de l'eau froide pour jeter à la figure ou au thorax en cas de syncope, de l'eau chaude, un bol et une éponge assez grosse pour remplir ce bol. Dans la méthode de Nélaton, on remplit le bol et l'éponge d'eau chaude et on y place la tête du patient. Ce moyen agit très-

rapidement. On devra aussi préparer de l'esprit d'ammoniaque aromatique et du cognac, des linges pour recevoir les crachats, etc., du patient, une chaise pour l'y asseoir, et enfin s'assurer qu'on pourra se procurer de l'air frais au besoin.

Le chloroforme doit être pur, le patient devra prendre un purgatif la veille du jour de l'opération, s'abstenir de nourriture solide trois heures avant et prendre une ou deux cuillerées à thé de brandy immédiatement avant le chloroforme. On ne permettra ni examen du thorax, ni aucune autre manœuvre qui puisse troubler le malade. Le cône se fait avec une serviette, et on choisit de préférence, si cela est possible, l'avant midi.

Le patient doit être couché, ne pas être gêné par ses habits, avoir la tête basse, être couvert convenablement et non pas à l'excès. On ne devra déposer sur lui aucun instrument, et, s'il y a lieu, enlever les fausses dents et empêcher la foule de se presser autour de lui. Il doit fermer les yeux et respirer naturellement.

L'anesthésique doit être continué jusqu'à ce qu'il annule l'intelligence, le mouvement volontaire, la sensation et le mouvement réflexe, sinon on aura à redouter les effets d'un choc sur le système nerveux. On constate l'anesthésie complète en touchant la pupille ou en irritant la partie malade. S'il survient de la pâleur, on tire la langue hors de la bouche, on baisse la tête (méthode de Nélaton), on lui lance de l'eau froide à la figure et au thorax, et on pratique la respiration artificielle. Quand l'anesthésie est terminée, un ou deux soufflets bien appliqués suffisent pour réveiller le malade assez complètement pour lui faire prendre une tasse de thé fort et chaud—un des meilleurs altérants dans ce cas, puis on couvre chaudement le patient, on le met dans un appartement bien aéré et obscur, et on l'y laisse reposer. Avec ces précautions et autres semblables, l'administration de ce puissant agent n'offre que très-peu de danger.—*Peninsular Medical Journal*.—*Canadian Journal of Medical Science*.

—

**Accidents de la dentition.**—Le *Progrès dentaire* a fait sur ces accidents un article qui, selon nous, mérite analyse. Il est des enfants qui naissent avec des dents: le fait est rare, sans doute, mais il existe; l'histoire nous apprend que le "roi-soleil" est venu au monde avec des dents; et, sans recourir au siècle de Louis XIV, le bruit a couru que M. Broca, professeur actuel de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris, est né avec des dents.—Cela tient souvent, dit le journal

du docteur Stevens, à ce que les gencives sont malades, et dans ce cas les dents elles-mêmes sont dans un mauvais état et branlantes, ce qui fait qu'on est tenté de les arracher aussitôt; c'est là une pratique dangereuse, parce qu'on s'expose à avoir ainsi quelquefois des hémorrhagies très-graves. Mais, lorsque le moment de l'éruption des dents est arrivé, et que des accidents accompagnent cette période, il est indiqué d'inciser le bourrelet gingival, rouge, tuméfié et douloureux, malgré Trousseau, qui condamnait cette pratique, parce que, pensait-il, au niveau de l'incision il se forme une cicatrice beaucoup plus difficile à traverser par la dent que le tissu normal. C'est le contraire qui généralement a lieu.

Quant à l'ulcération aphteuse de la muqueuse buccale, quant aux extravasations sanguines sous cette muqueuse, provoquées quelquefois par le travail de la dentition, il convient de conseiller le chlorate de potasse: 10 centigrammes de ce sel dans une cuillerée de lait pour un bébé de douze à quatorze mois; de plus, tenir la bouche très-propre, soit avec une solution de chlorate de potasse, soit avec de l'eau de Vichy.

Que d'accidents n'a-t-on pas attribué à la dentition? De ce qu'à cette époque on observe chez l'enfant tel ou tel symptôme, ce n'est pas à dire pour cela qu'on doive en faire supporter l'étiologie à la dentition: c'est aller un peu trop loin, et il est plus raisonnable de dire que la dentition est un moment critique pendant lequel on observe un certain nombre d'accidents: érythèmes, eczéma, diarrhée, convulsions, bronchite.

Nous n'avons nul besoin de rappeler à nos lecteurs la thérapeutique "courante" en présence de ces accidents: ils la connaissent tous et savent l'appliquer comme il convient.

Ce qu'il faut surtout à l'enfant au moment de ces accidents dits de la dentition, c'est une bonne hygiène, des soins d'hygiène bien entendus, et le moins de médicaments possible. Pour ne prendre qu'un exemple, la diarrhée qui survient lors de l'évolution dentaire, quelle en est la cause principale d'où procède une indication importante? c'est le mauvais état du suc gastrique qui rend les digestions difficiles; c'est aussi la soif des malades qui prennent alors, pour la calmer, plus de lait qu'ils ne peuvent en digérer. Le médecin, appelé pour ce fait, n'aura qu'à prier la nourrice de donner à son enfant un moins grand nombre de tétées, et dans l'intervalle de ces dernières quelques cuillerées d'eau sucrée.

Quant aux bronchites et aux convulsions, nous ne nous y arrêtons pas: les moyens simples que la thérapeutique infantile nous fournit sont trop connus pour que nous insistions. Et ne commettons pas surtout, en présence de convulsions d'ori-

gine réflexe, la faute de parler de méningite, tout en n'y croyant pas. Inutile de dire le pourquoi : il va de soi.—*Le Mouvement Médical.*

---

**Le pouls tâté par voie télégraphique.**—Dans une conférence donnée à Salem (Etats-Unis), le docteur Upham a fait tâter à ses auditeurs le pouls de malades couchés dans le moment même à 14 milles de là, dans le City-Hospital de Boston. Tâter n'est pas exact; disons qu'il leur a fait voir. Un fil télégraphique mettait l'hôpital en rapport avec la salle de cours, et, en même temps que les battements du cœur transmettaient automatiquement le courant, ces battements étaient rendus visibles au moyen d'un rayon de lumière de magnésium vibrant sur le mur de la salle du cours.—L'appareil ayant été d'abord appliqué à l'artère d'un homme bien portant, le rayon de lumière vibra 60 fois à la minute. Vint ensuite un individu bien portant encore, mais très-irritable : les vibrations se répétèrent 90 fois en une minute.—*Le Médecin. — Revue de Lit. médicale.*

---

**De l'alimentation et du traitement des petits enfants atteints de catarrhe intestinal aigu, par le professeur Rodolphe Demme, de Berne.**

C'est avec raison que l'auteur attache la plus grande importance à l'alimentation des petits enfants atteints de cette maladie. Aussi, lui a-t-il consacré un travail spécial basé sur les remarques assez nombreuses qu'il a été à même de faire. Il lui a été donné, dans un laps de douze ans et demi, de traiter, à l'hôpital Jenner, de Berne, spécialement consacré aux enfants, soixante et onze petits malades. De ces soixante et onze enfants, âgés de quelques semaines à deux ans, quarante-neuf ont guéri, vingt-deux ont succombé. Parmi les premiers, vingt-neuf étaient âgés de quelques jours à dix semaines révolues. Parmi les autres, dix-sept avaient de deux mois et demi à deux ans. Sur ces quarante-six enfants, neuf seulement avaient été allaités à domicile, avant leur admission à l'hôpital; les autres avaient eu, dès leur naissance, du lait de vache ou de la crème, coupés avec de l'eau, ou, dans quelques cas, avec du café. Très-souvent ces enfants avaient pris, dès les premiers jours de leur vie, une ou deux fois par jour, de la bouillie, le plus souvent faite avec de la farine. On peut donner comme cause du catarrhe intestinal, dans tous ces cas presque sans exception,

une alimentation non convenable, ou du moins qui n'était pas appropriée à la constitution de l'enfant.

Or, se fondant sur son expérience, l'auteur admet que chez tous les enfants atteints de catarrhe intestinal, à l'exception du lait de la mère ou d'une nourrice, qui constitue la nourriture par excellence, il faut complètement rejeter le lait, tant de vache que de chèvre.

En effet, au début des catarrhes intestinaux aigus, spécialement pendant les premiers mois de la vie des enfants, on retrouve dans les garde-robes le lait de vache, sous forme de masses caillées non digérées, ou très peu transformées. Cette affection détruit la formation et l'action normale du ferment de l'estomac, dont la digestion est dès lors complètement altérée, et les parties constitutives du lait, qui traversent le tube digestif, agissent, en conséquence, comme des corps étrangers qui irritent la muqueuse intestinale, y subissent une fermentation putride et déterminent la formation continue de ces garde-robes aqueuses, à odeur putride, qui épuisent les forces des enfants. Il n'en est pas moins singulier que, à de très-rare exceptions près, le lait humain n'exerce pas d'influence fâcheuse sur les fonctions de la digestion stomacale, aussi, l'explication d'un tel fait ouvre-t-elle un vaste champ de recherches physiologico-chimiques.

Le lait condensé constitue un aliment un peu moins fâcheux que le lait frais de vache dans les catarrhes aigus des enfants. Toutefois, il n'est pas convenable comme nourriture principale, son énorme quantité de sucre accélérant et augmentant la fermentation et la décomposition putride du contenu des voies digestives. Il va sans dire qu'au même point de vue la farine Nestlé, d'ailleurs excellente pour l'alimentation des petits enfants bien portants, la soupe Liebig, et les préparations analogues, combinées avec le lait, doivent être rejetées pour la nourriture des enfants atteints de catarrhes intestinaux aigus.

Voici les faits qui constituent la démonstration pratique de la manière de voir de M. R. Demme. Sur les quarante-six enfants, ayant au plus dix semaines, traités pour cette maladie, quinze avaient pris, avant leur entrée à l'hôpital, du lait condensé, étendu soit d'eau pure, soit d'eau de riz. On ne put continuer cette alimentation que chez deux d'entre eux pendant toute la durée de leur catarrhe intestinal, tandis que, chez les treize autres, il fallut y substituer, dès le deuxième ou troisième jour, l'alimentation dont il sera bientôt question. Dix-neuf avaient pris la farine Nestlé, convenablement étendue comme nourriture exclusive. Dès leur entrée à l'hôpital, deux seulement supportèrent bien cette alimentation, et purent à

continuer pendant toute la durée de leur affection catarrhale, tandis que chez tous les autres, on dut également recourir à l'aliment conseillé par M. Demme. Les douze derniers petits malades avaient pris, avant leur entrée à l'hôpital, de la soupe Liebig, ou du lait de vache coupé avec une légère infusion de camomille ou de bouillon blanc, ou avec de l'eau de riz, ou enfin de la crème étendue d'eau simple. Ces divers genres d'alimentation se montrèrent plus défavorables encore et ne purent être continués.

Les vingt-cinq enfants plus âgés, qui furent traités du catarrhe intestinal à l'hôpital Jenner, montrèrent une moindre susceptibilité à l'égard de la continuation de la diète lactée, sous telle ou telle forme. Toutefois, chez eux aussi la substitution de l'alimentation suivante se montra bien plus convenable, en abrégant la longueur de la maladie.

L'auteur fait remarquer, concernant les plus jeunes enfants, qu'à l'hôpital Jenner on n'admet jamais de nourrices, de sorte qu'on est forcé d'avoir recours à l'alimentation artificielle.

Voici l'alimentation actuellement employée dans cet hôpital, pour les plus jeunes enfants atteints de catarrhe intestinal aigu :

On prend deux fois par jour de un quart à une livre de bœuf, aussi privée de graisse que possible, on la coupe en tout petits morceaux, on l'infuse à froid pendant une heure, dans un kilog. et demi d'eau, puis on expose le tout au feu jusqu'à ce que le liquide soit réduit à un quart ; après avoir enlevé la couche de graisse qui se forme par le refroidissement, puis filtré ce qui reste, on laisse complètement refroidir ce thé de bœuf.

Toutes les fois que l'on veut donner de ce bouillon, ce qui doit avoir lieu par très-petites portions et toutes les deux ou trois heures, sans le faire réchauffer de nouveau, on le mélange avec de l'eau de riz ou d'orge, plus ou moins épaisse, préparée chaque fois exprès, en faisant bouillir, pendant quelques minutes consécutives, une très-petite quantité de riz ou d'orge avec de l'eau. Si les enfants sont très-altérés, on leur donne, en outre, dans l'intervalle, de l'eau de riz ou d'orge pure et sans aucune adjonction de sucre. Si les enfants refusent cette décoction de riz ou d'orge avec ou sans bouillon, le professeur Demme passe aussitôt à l'alimentation avec de l'eau albumineuse, qu'on prépare en battant un ou deux blancs d'œufs dans une écuelle, puis en y ajoutant, pendant qu'on remue lentement, de l'eau par très-petites quantités successives, ce qui produit un liquide bien mélangé, mucilagineux et sans goût. Comme ces enfants sont très-altérés, ils prennent ce liquide sans aucune difficulté.

Pour les enfants de une à dix semaines, l'auteur emploie de un quart à une demi-livre de viande par jour, pour leur bouillon. Un, deux ou trois blancs d'œufs, suivant l'âge des petits malades, suffisent pour une quantité totale de liquide de 180 à 220 grammes ingérée dans les vingt-quatre heures.

Dès que les forces des enfants déclinent, M. Devime substitue à l'eau de riz ou d'orge ou de blancs d'œufs, des quantités convenables d'un cognac, aussi pur que possible, à la dose de 5 à 30 gouttes, de 3 à 5 fois par jour, sans aucun égard aux températures, même élevées, des petits malades. L'expérience lui a démontré que le cognac est, presque sans exception, aussi bien supporté par les enfants âgés de quelques semaines ou de quelques jours que par les plus âgés, et que l'état fébrile de l'organisme, chez ces jeunes sujets, loin d'être augmenté, en est plutôt diminué. Dans ces conditions, le cognac, tout en servant d'aliment, agit bien plus efficacement que le musc, le camphre et les autres médicaments excitants.

Si, chez les enfants plus âgés, on juge convenable de continuer l'emploi du lait, on peut très-bien le couper avec de l'eau de riz ou d'orge, ou avec du café de riz ou d'orge, qu'on obtient en torrifiant légèrement ces substances, en les pilant dans un mortier, puis enfin en en faisant une décoction.

Quant à l'alimentation d'enfants atteints de catarrhe intestinal aigu, au moyen d'aliments solides, tels que de la viande râpée très-fin, l'auteur, basé sur ses expériences nosocomiales, en est complètement revenu.

Au point de vue des médicaments, le professeur Devime s'est très-bien trouvé, contre les diarrhées séreuses profuses, de très-petites doses de calomel additionné d'opium à doses plus faibles encore. Parfois aussi, il a eu recours, avec avantage, au nitrate d'argent uni à la glycérine, avec adjonction d'une petite quantité d'opium.

Voici, d'ailleurs, les formules qu'il emploie pour l'un et pour l'autre de ces médicaments :

Pr. Opium.....	0,01 à 0,02
Calomel.....	0,05 à 0,07
Poudre de gomme.....	) aa. 1.5
Oléosacharure de fenouil.....	

M., faites une poudre; divisez-la en dix ou quinze parties égales.

D., toutes les deux ou trois heures, un paquet dans une cuillerée à thé d'eau cuite.

Pr. Nitrate d'argent cristallisé.....	0,01 à 0,02
Laudanum liquide de Sydenham....	2 à 3 gouttes.
Glycérine pure.....	5, 0
Eau distillée.....	25,0

M. D. dans un flacon noir. Toutes les deux ou trois heures, une demie à une cuillerée à café. Si l'on peut se passer d'opium, l'auteur y voit un avantage pour la conservation des forces des petits malades. Il faut s'abstenir des anciens traitements qui ne sont nullement convenables dans cette maladie, à cause du tannin, du bismuth et des astringents végétaux qui ne pervent qu'irriter la muqueuse intestinale et prolonger certainement le terme de la guérison.

Il va sans dire que la méthode d'alimentation recommandée pour les enfants atteints de catarrhe intestinal aigu, convient également chez ceux qui présentent la forme chronique : chez ces derniers, M. R. Demme s'est particulièrement bien trouvé de l'usage continu d'eau albumineuse avec du cognac, associé au traitement médicamenteux convenable.—*Revue de Thérapeutique Médico-Chirurgicale.*

---

## PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALES.

---

**Insufflation d'air autour des tumeurs pour en faciliter l'extirpation.**—Pour éviter les difficultés inhérentes à l'ablation des tumeurs, provenant de leur siège ou de leur volume, M. Montes de Oca a eu l'idée d'employer l'insufflation de l'air comme moyen d'isolement.

Il introduit un trocart sous la peau au voisinage de la tumeur, puis adaptant une pompe à sa canule, il injecte une quantité d'air suffisante pour distendre le tissu cellulaire qui entoure la tumeur.

Quelquefois il est nécessaire d'avoir recours à des ponctions et injections multiples lorsque la tumeur est adhérente et volumineuse.

Il faut avoir soin de comprimer les tissus à peu de distance de la tumeur pour empêcher l'air de se propager au-delà du point voulu ; on obtient, de cette façon, une insufflation prompte et limitée à la sphère de la tumeur.

Après cette opération préliminaire, la peau étant divisée, l'énucléation se fait en général avec une grande facilité et une rapidité extrême, en contournant la tumeur simplement avec le doigt ou le manche du bistouri.

Il y a deux ans que le docteur Montes de Oca applique ce procédé à sa clinique de l'hôpital-général avec d'excellents résultats, supprimant de la sorte les dissections souvent difficiles

dans certaines régions délicates ainsi que dans la profondeur des tissus.

Nous citerons entre autres un malade porteur d'une tumeur de la grosseur du poing à la région latérale gauche du cou; la tumeur était inégale, dure et adhérente à la peau. Après avoir pratiqué l'insufflation, M. Oca fit une incision elliptique de 10 centimètres à la peau, et put enlever cette tumeur en la contourant avec le doigt.

Chez un autre malade très-intéressant, il s'agissait d'un adénome du creux axillaire, un grand nombre de ganglions furent enlevés après l'insufflation préalable, quoique avec un peu moins de facilité que dans les cas précédents.

Ce qu'il y eut de remarquable, ce fut l'insignifiance de l'hémorragie, malgré l'étendue de la plaie et la mise à nu des vaisseaux et du plexus brachial; les tissus étaient à peine hémectés de sang.

L'extirpation d'un sein carcinomateux par M. Argerich et Oca eut lieu par le même procédé et sans difficultés.

Nous pourrions encore multiplier les exemples, mais cela nous paraît inutile: par ce qui précède il est facile de juger quels utiles avantages on pourra obtenir dans certaines opérations, par une insufflation d'air dans le tissu cellulaire.—*Revue Méd.-Quir. de Buenos-Ayres.—Revue de Thér. médico chirurgicale.*

Trois cas de luxation sous-coracoidienne de l'humérus, réduits par le procédé de M. le professeur Kocher, de Berne, par le Dr. Hubert, de Salavaux (*Bulletin de la Société médicale de la Suisse normande*).—Voici la description que l'auteur donne de ce procédé: " Mme. J..., assise devant moi, le bras luxé en demi-flexion, je saisis la main gauche le poignet, et avec la droite le coude du bras luxé, puis j'imprimai au membre, jusqu'à sensation de résistance prononcée, un mouvement de rotation en dehors; après ce premier mouvement, et sans déplacer mes mains, je pressai avec la main droite sur le cou, de bas en haut, puis, par un mouvement de rotation en dedans, je rapprochai le membre de la poitrine en dirigeant la main du membre luxé contre l'épaule opposée. Pendant ce dernier mouvement, j'entendis la tête de l'humérus rentrer dans sa cavité. Je mis le bras en écharpe, et dès lors tout se passa comme à l'ordinaire."

Cette méthode de réduction est due à M. Schiuzinger, et la modification qu'y a apporté M. Kocher, ne se trouve que dans le troisième temps. Elle présente, en effet, de très-grands

avantages, car la réduction peut se faire sans aide et sans chloroforme.—*Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale.*

--

**Larynx enlevé.**—Au cinquième congrès des chirurgiens allemands, le professeur Maas, de Breslau, a présenté un malade qui a subi avec succès l'extirpation totale du larynx. C'est un homme de 50 ans, chez lequel l'examen laryngoscopique avait fait découvrir une tumeur irrégulière et bosselée, présentant tous les caractères du carcinome, et occupant la moitié droite et interne du larynx jusqu'au voisinage de l'épiglotte.

Le 19 janvier 1876, le professeur Maas fit la trachéotomie préalable, et le 5 février suivant, il pratiqua l'opération principale. Par l'ouverture artificielle faite à la trachée, il introduisit la canule-tampon de Trendelenburg, afin de pouvoir chloroformiser le patient et de prévenir l'entrée du sang dans les voies respiratoires. Il fit ensuite une simple incision sur la ligne médiane, à partir de l'os hyoïde, et mit à découvert les faces antérieure et latérales du larynx, autant que possible avec des instruments mousses, pour éviter la blessure des vaisseaux. Il le sépara en arrière de l'œsophage, en haut de ses attaches à l'os hyoïde et à l'épiglotte, et fit la section en bas à travers le cricoïde, conservant un anneau de ce cartilage adhérent à la trachée. La perte de sang fut peu importante : l'opération n'avait pas duré plus d'une demi-heure.

Immédiatement après, le chirurgien introduisit par la plaie un tube de caoutchouc dans l'œsophage ; ce tube, laissé à demeure pendant toute la première semaine, permit d'introduire les aliments dans l'estomac sans la moindre difficulté. La cicatrisation fut rapide, et dès la quatrième semaine le patient put se nourrir par la bouche à l'aide d'une sorte de biberon, dont il introduisait lui-même la canule jusque dans l'œsophage.

La partie inférieure du cartilage cricoïde conservée facilita le placement d'un larynx artificiel qui permit à l'opéré de respirer facilement et de parler à haute voix. Mais la conservation de l'épiglotte semble entraîner plus d'inconvénients que d'avantages : le patient n'avale ni mieux ni moins bien que ceux chez lesquels l'épiglotte a été enlevée ; d'autre part, cet organe s'est notablement hypertrophié et s'irrite au contact continu du larynx artificiel dont il rend l'introduction plus difficile. Il semble donc qu'il faudra, tôt ou tard, se résoudre à l'exciser.—*Le Scalpel.*—*Revue de Thér. médico-chirurgicale.*

--

**Luxation simultanée des deux épaules.**—La luxation simultanée des deux épaules n'est pas beaucoup connue, aussi rapporterons-nous l'observation due à M. William Thomas, de Birmingham (*British Medical Journal*). Un homme de cinquante-neuf ans tomba par une trappe laissée ouverte dans un trou d'environ six pieds de profondeur. Deux jours après, M. W. Thomas le vit. Il se plaignait de douleurs vives dans l'épaule droite. En l'examinant, il était facile de voir que les deux humérus étaient luxés. A droite, la tête profondément située était en déplacement sous-coracoïdien. A gauche, la luxation était sous-claviculaire. Le blessé était grand, mince, osseux, aussi l'éloignement des coudes du tronc, la saillie de l'acromion, les saillies des têtes sous les pectoraux donnaient un aspect absolument caractéristique. Les luxations furent réduites avec le procédé du talon.

Le mécanisme de production de la lésion paraît assez explicable, les bras ayant été violemment redressés, et projetés en l'air, au moment du passage dans la trappe.—*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*

**De la cure radicale de l'ongle incarné;** par le docteur Fr. Ramirez Vas.—L'auteur emploie le perchlorure de fer liquide appliqué au moyen de charpie qui en est imbibée, et, après quelques jours de ce pansement, il introduit du perchlorure de fer sec entre l'ongle et la face dorsale de l'orteil. Ce traitement varie de quelques jours à deux mois. Le docteur Ramirez Vas assure que ses malades, une fois guéris, sont demeurés exempts de récidives.—*El Siglo Medico*.—*Gazette Médicale de Paris*.

**Luxation simultanée des deux hanches.**—La luxation de la cuisse n'est pas par elle-même une lésion bien commune, mais la luxation simultanée des deux cuisses doit être infiniment rare, aussi est-il bon d'enregistrer le cas que signale le *London Medical Record* d'après l'*American Journal of medical science*. Un homme de trente ans environ, dans une mine de charbon travaillait debout sur une surface inclinée, et les pieds très-éloignés, lorsqu'une masse de roche pesant plusieurs centaines de livres, se détacha de la voûte à plusieurs pieds, et l'écrasa, le pliant sur ses cuisses. En l'examinant, on reconnut aisément la luxation de la hanche de chaque côté; à droite.

la tête était dans la fosse iliaque, la jambe était fléchie, et le pied était dévié en dedans. À gauche, la tête était luxée dans l'échancrure sciatique, la jambe était étendue. Le malade pensait que les deux lésions s'étaient bien faites simultanément parce qu'il avait été écrasé tout d'un coup.

Le Dr. J. E. Crawford, après avoir anesthésié le malade, procéda à la réduction en employant la flexion puis la rotation en dehors.

La réduction fut assez laborieuse. Le malade quitta son lit dix jours après son accident et put marcher dans les salles sans difficulté.

Les livres de chirurgie, dit M. Crawford, ne rapportent guère de cas de ces luxations doubles.

Le Dr. Gross, dans son *System of Surgery*, rapporte seulement trois cas de luxation simultanée des deux hanches, un dû au professeur Gibson, un à Cooper, un au Dr. Boisnot de Philadelphie.—*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques.*

---

## OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

---

**Tamponnement du vagin**, (1) par M. le Dr Bailly, professeur agrégé de la Faculté de Médecine.—Le *tamponnement du vagin*, dont on trouve l'idée première dans les écrits de l'antiquité, et que Frédéric Hoffman et Smellie ont plus explicitement indiqué, n'a été vraiment constitué à l'état de méthode générale de traitement des hémorrhagies utérines graves que depuis le mémoire du Dr. Leroux, de Dijon, publié en 1776. C'est à cet auteur que revient le mérite d'avoir fait comprendre l'importance de ce merveilleux moyen de traitement, et d'en avoir établi les avantages par des faits bien observés. Leroux voulait qu'on tamponnât toutes les femmes qui sont prises de pertes graves soit pendant un avortement, soit dans le cours d'un accouchement à terme, soit encore après la délivrance. Il se servait, pour fermer les voies génitales, d'étoupes ou de menus morceaux de linge imprégnés de vinaigre.

---

(1) Nous extrayons l'article suivant d'un excellent travail sur le *traitement de l'hémorrhagie liée à l'insertion vicieuse du placenta*, que M. le Docteur Bailly a publié récemment dans le *Bulletin général de Thérapeutique médicale et chirurgicale*. (Note Edit.)

Les procédés de tamponnement du vagin sont assez nombreux, et chaque praticien a proposé le sien. Toutefois, deux d'entre eux seulement me semblent mériter d'être retenus. Le premier, ou tampon extemporané, est la pelote à air de Gariel; le second, ou tampon définitif, est le tampon formé de bourdes nets de charpie cératée dont on fait usage à la clinique d'accouchements de Paris.

La *pelote à air de Gariel* est un sac de caoutchouc muni d'un tube de même substance long de 25 à 30 centimètres. Vide, ce petit appareil a la forme d'un disque ou celle d'une pièce aplatie. Distendu par l'air qu'on y pousse, il se renfle énormément et devient piriforme ou tout-à-fait globuleux. Dans ce nouvel état il remplit bien le vagin et obture complètement le conduit génital. On l'introduit plié en double et après l'avoir simplement trempé dans l'eau pour faciliter son glissement. Le sac élastique une fois mis en place, et la chose est facile, on y pousse de l'air au moyen d'un insufflateur qui s'ajuste à l'extrémité du tube et qu'on fait jouer par une compression intermittente exercée avec la main. Quand le ballon paraît assez distendu, on ferme le tube avec une ligature solide, qui sert à le relever au-devant de l'abdomen, et on le fixe à une bande saignée nouée à la base du thorax, pour éviter que les mouvements des membres inférieurs ne viennent à déplacer l'appareil.

La pelote à air est loin d'avoir la solidité et l'efficacité de tampon de charpie, attendu que la membrane élastique qui la forme est sujette à se crever; aussi n'est-ce qu'un moyen de tamponnement temporaire; mais à ce titre il peut rendre d'éminents services, en permettant de parer sans retard aux accidents, et en donnant le temps de préparer le tampon définitif. Il importe donc d'avoir chez soi plusieurs de ces appareils, d'en vérifier avec soin la solidité, et de les renouveler aussi souvent que l'exige l'altération assez prompte de la résistance du caoutchouc. Je dois ajouter cependant que la maison Guéride fabrique des vessies de caoutchouc plus épaisses et plus solides que celles du commerce, et qui résistent mieux aux efforts de l'accouchement. Sur les indications qu'on leur donne, les fabricants feront d'ailleurs préparer des appareils capables de supporter une pression assez forte, et mieux adaptés au but qu'on se propose d'atteindre.

Le *tampon définitif, tampon de charpie*, est très-supérieur au précédent comme à tous ceux qui s'en rapprochent, et quand il est bien fait, la sécurité qu'il donne est entière, absolue. Eh bien, le dirai-je? ce moyen, si connu que tout le monde en parle et que sa pensée s'offre de suite à l'esprit du praticien

placé en face d'une hémorrhagie utérine grave, quand il s'agit d'en venir à l'application et de le construire, il semble que ce soit l'opération la plus exceptionnelle et la plus difficile de la chirurgie. Je le dis ici sans le moindre sentiment de malveillance (quel motif aurais-je de me montrer malveillant, et que gagnerais-je à l'être?), depuis vingt ans que mon esprit est dirigé vers les choses de l'obstétrique, et que les faits d'accouchements graves me passent sous les yeux, je n'ai rencontré encore qu'un bien petit nombre de praticiens qui aient su construire un tampon de charpie vraiment hémostatique. Quand on placé dans le vagin une demi-douzaine de bourdonnets (on va rarement jusqu'à douze), on croit avoir satisfait au précepte, et l'on s'endort volontiers dans une sécurité trompeuse. Aussi qu'arrive-t-il? c'est qu'un tampon aussi incomplet ne suspend aucunement l'hémorrhagie, que la femme continue à perdre son sang, et que, quand il est appelé près d'elle, l'accoucheur la trouve tellement faible qu'il doit reculer devant un accouchement artificiel tout-à-fait indiqué et actuellement possible, dans la crainte de voir la malheureuse succomber dans le cours des manœuvres. Je l'avoue, c'est la pensée de faire cesser une ignorance trop générale, et dont la cause première, je l'ai déjà dit, réside surtout dans l'insuffisance des descriptions classiques; c'est le désir de mettre les praticiens à même d'effectuer convenablement désormais le tamponnement du vagin, qui a fait naître en moi l'idée de ce travail. Voyons donc comment se construit le tampon de charpie, le seul, je le répète, qui m'inspire une entière confiance et auquel j'aie recours dans tous les cas.

Pour faire un tampon vraiment hémostatique avec de la charpie et du cérat, on se procurera d'abord une quantité suffisante de ces deux substances. Pour ne pas s'exposer à manquer de l'une ou de l'autre, on demandera 500 grammes de charpie et 500 grammes de cérat, et l'on aura soin de mentionner expressément sur l'ordonnance que ces doses doivent être intégralement fournies; sans quoi le pharmacien, soupçonnant une erreur, ne livrera que la moitié, quelquefois le quart seulement de la quantité qui lui est demandée. On devra donc formuler de la manière suivante:

R<sup>1</sup>o Charpie ordinaire.....500 grammes lbj  
 2<sup>o</sup> Cérat sans eau.....500 —  
 Délivrez ces doses entières!

Les deux substances étant apportées, on s'occupe immédiatement de préparer les éléments du tampon. Si le cas presse,

plusieurs personnes s'y emploient en même temps. On commence par former avec la charpie des boulettes ou bourdonnets de la grosseur d'une petite noix, qu'on durcit le plus possible par la pression, et qu'on imprègne ensuite de cérat en les malaxant et les roulant entre les mains. La graisse dont on imprègne la charpie a pour but d'en prévenir l'imbibition, et permet d'en former un bouchon que le sang ne traverse qu'avec difficulté. Aussi j'engagerai le médecin à se charger seul de ce dernier travail, qui demande à être bien fait, et à laisser à ses aides le soin de préparer les boulettes sèches. Au fur et à mesure que les bourdonnets sont pénétrés de cérat, on les dépose dans un vase d'une capacité suffisante, cuvette, saladier, plat creux, etc., qui permette de les transporter sur le lit de la malade sans les déformer. Quelques personnes sont dans l'habitude de munir les bourdonnets qui seront placés les premiers d'un long fil double qui doit servir à les retirer plus aisément. Cette précaution, qui complique la besogne et fait perdre un temps précieux, me paraît sans utilité réelle, et je la néglige toujours. Quand le tampon est en place, il est en effet impossible de démêler l'ordre d'introduction des sphères de charpie, de manière à extraire d'abord celles qui ont été introduites les dernières, comme il conviendrait de le faire. Les fils qu'on saisit d'abord sont souvent ceux des boulettes qui sont situées tout au fond du vagin et que les couches sous-jacentes empêchent d'extraire. Il en résulte que, ne pouvant tout amener d'un coup en tirant sur tous les fils à la fois, on est obligé de négliger ceux-ci et de continuer à extraire les bourdonnets un à un avec les doigts, comme on l'a fait pour les boulettes les plus rapprochées de la vulve.

Je ne conseille pas non plus de relier entre eux tous les bourdonnets au moyen d'un fil (tampon en *queue de cerf-volant*), disposition qui pourtant aurait l'avantage de faciliter l'extraction du tampon, attendu qu'il suffit de tirer sur le bout extérieur de cette espèce de chapelet pour tout amener. C'est aussi une opération qui prend du temps; et puis, inconvénient plus grave, le long fil auquel sont fixées les boulettes en empêche l'introduction rapide et le tassement méthodique; de là un tampon moins solide et moins sûr. En résumé donc, se contenter de préparer des bourdonnets bien fermes, bien pénétrés de cérat, qu'on introduit et qu'on retire isolément. C'est plus simple, c'est plus prompt, et cela suffit.

Quand toute la charpie a été divisée de la sorte, on peut remplir la moitié d'une cuvette avec les boulettes qu'elle a servi à former. Cette quantité semble toujours exagérée aux personnes du monde, qui ne peuvent croire à une pareille capacité de

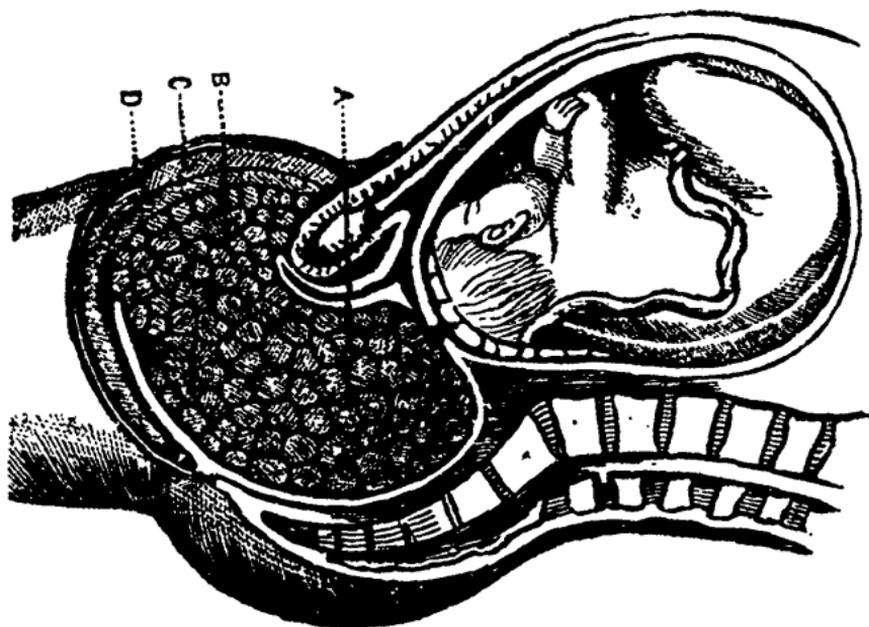
conduit sexuel chez la femme. La plus grande partie de cette masse s'y logera pourtant, fait qui cesse de surprendre quand on sait que la distension du vagin, extrêmement souple et dilatable à la fin de la grossesse, n'a d'autres limites que la résistance des parois du bassin, et qu'en réalité c'est l'excavation pelvienne tout entière qu'on doit remplir de charpie fortement pressée, si l'on veut former un bouchon capable de maîtriser sûrement la perte.

Avant de procéder à la confection du tampon, si le danger n'est pas trop pressant, on donnera à la femme quelques soins de propreté préliminaires. Dans ce but, on la fait coucher sur le dos, près du bord droit de son lit, et on lui glisse sous le siège un bassin plat; on retire ensuite du vagin les caillots qui s'y trouvent accumulés, et on fait une irrigation d'eau froide pour nettoyer ce conduit. On débarrasse également, avec une éponge, la vulve et le siège du sang qui peut les souiller, puis on passe un drap propre sous la malade. Je suppose ici, ainsi que je viens de le dire, qu'on opère chez une femme qui n'a pas perdu d'une manière excessive et chez laquelle on a tout le temps de faire correctement les choses; car quelques femmes, par suite de pertes antérieures, sont tellement affaiblies, qu'il importe de prévenir toute hémorrhagie nouvelle, et de placer de suite le tampon sans même se donner le temps de nettoyer d'abord les parties. Le sang contenu dans le vagin se trouve alors refoulé dans le fond du conduit par les premiers bourdonnets de charpie, et contribue avec eux à former la digue qui doit empêcher un nouvel écoulement sanguin. La besogne est alors moins proprement faite, mais elle est terminée plus promptement, et dans ces cas aller vite est souvent une condition de succès. Cela fait, voyons comment on utilise les bourdonnets dont j'ai exposé plus haut la préparation, et comment on s'en sert pour boucher hermétiquement le conduit génital.

La femme étant couchée sur le bord du lit, l'accoucheur, placé à sa droite, écarte les lèvres de la vulve avec deux doigts de la main gauche, et saisissant de la main droite un bourdonnet qu'il appuie légèrement sur le cérat pour l'enduire de cette substance sur une de ses faces, il l'introduit facilement dans le vagin en l'y poussant avec un doigt. Un spéculum est tout à fait inutile pour cette introduction; le cérat dont on graisse la boulette au moment de l'introduire suffit amplement pour faciliter son passage à travers la vulve.

La première boulette ayant été glissée de la sorte, on en pousse rapidement une seconde de la même manière, puis une troisième, et ainsi de suite jusqu'à ce qu'on en ait fait pénétrer une dizaine. On s'occupe alors de leur placement définitif.

Dans ce but, avec l'index de la main droite, on les répartit dans les culs-de-sac vaginaux et sur le col, et on les tasse fortement pour les accoler l'une à l'autre et effacer les interstices dans lesquels le sang s'insinuerait pour arriver jusqu'à la vulve et s'écouler au dehors. Une nouvelle série d'une demi-douzaine de bourdonnets est ensuite poussée dans le vagin, puis pressée de manière à former une nouvelle couche qui s'unit à la précédente comme les assises de pierre d'une construction. En continuant à agir comme je viens de le dire, on finit par remplir le vagin d'une masse de charpie grasse qui le dilate, en refoule excentriquement les parois et les applique contre la surface du petit bassin (fig. A). Le périnée se trouve également distendu et développé par la pression des bourdonnets inférieurs, et la vulve elle-même reste agrandie et entr'ouverte par les dernières sphères du tampon. Si l'opération a été bien conduite et la charpie convenablement disposée et bien tassée, on aura formé de la sorte un bouchon solide et gras que le sang ne pourra traverser, ou qui du moins ne laissera transsuder que la partie séreuse de ce liquide, et retiendra les globules, c'est-à-dire ses éléments les plus importants et ceux dont la soustraction est le moins facilement réparable.



On a pu remarquer que, dans la confection du tampon, on n'emploie que de la charpie imprégnée de cérat, cette substance, convenablement tassée, formant en effet un obstacle suffisant à l'écoulement du sang. Il n'est pas nécessaire d'imbiber de per-

chlorure de fer ou de tout autre liquide styptique les bourdonnets qui doivent être mis en contact avec le col ; je n'emploie jamais ces médicaments, et n'ai pas remarqué que cette omission rendit mes tampons moins imperméables. Si l'on tenait cependant à en faire usage, il faudrait nécessairement recourir au spéculum pour faire pénétrer dans le vagin les boulettes qu'on en imprègne ; car sans le secours de cet instrument on n'y parviendrait pas, même au prix des plus vives souffrances pour la femme. Je n'ai pas besoin d'ajouter que le perchlorure de fer, si c'est lui qu'on choisit, sera étendu de cinq fois au moins son volume d'eau, pour ménager la paroi vaginale, qu'il cautériserait profondément si on l'employait pur.

La besogne est-elle achevée et le tampon terminé quand le conduit génital a été bourré de charpie jusqu'à la vulve ? Nullement, et si on laissait les choses en cet état, les contractions utérines et les efforts de la femme ne tarderaient pas à repousser peu à peu le cylindre obturateur, et entre sa partie supérieure et le fond du vagin se formerait une cavité dans laquelle le sang ne manquerait pas de s'accumuler. Il importe donc de maintenir l'appareil en place pendant le laps de temps nécessaire à la dilatation complète du col ; c'est ce qu'on fait enamoncelant au devant de la vulve et du périnée un certain nombre de boulettes dites *bourdonnets de soutien* (fig. B) et en y plaçant d'épais gâteaux de charpie qui s'opposent efficacement à la rétrocession du tampon (fig. C). Le tout est recouvert par une compresse de toile (fig. D) et assujéti par un solide bandage en T.

Comme ce bandage ne se rencontre presque jamais dans les familles et qu'on n'est pas toujours à portée de s'en procurer de tout faits, il faut que l'accoucheuse et le médecin sachent le faire confectionner sur-le-champ. Pour cet objet on prend une serviette pliée en quatre dans le sens de la longueur et assez grande pour faire le tour des hanches de la malade. Sur le bord inférieur de ce bandage de corps improvisé, et vers le milieu de sa longueur, on coud l'extrémité d'un mouchoir, également plié deux fois en long, qui forme la partie verticale du bandage. Cela fait, on entoure le bassin de la malade avec la serviette, de manière que le bord inférieur de celle-ci porte un peu au dessous des crêtes iliaques, et prenne son point d'appui, quand on l'a serré, sur la saillie des fémurs et non sur le ventre, qu'il faut éviter de comprimer. On assemble les extrémités de ce bord inférieur avec de grosses épingles ou par quelques points de couture et en avant de cette ceinture on fixe l'extrémité libre du mouchoir qu'on a soin de tendre fortement au-devant de la vulve pour soutenir le

tampon qui, pendant les efforts de la femme, vient presser sur cette partie du bandage. Les deux bouts de la serviette restent séparés à leur partie moyenne et à leur angle supérieur qu'on renverse en dehors pour laisser le ventre complètement découvert.

Le tampon de charpie est évidemment plus compliqué, plus long à établir que le sac de caoutchouc. Quelques femmes supportent avec peine le malaise causé par l'introduction et le tassement de la charpie; elles s'agitent beaucoup à ce moment, et l'on a besoin de les encourager et de leur faire comprendre l'importance qu'il y a pour elles à endurer quelques instants de souffrance pour en obtenir le calme et la docilité nécessaires à la bonne confection de l'appareil. Il est même parfois bon d'interrompre momentanément l'opération et d'attendre pour continuer que leur agitation se soit calmée. Malgré ces inconvénients très-réels, le tampon de charpie est celui qu'on devra préférer dans tous les cas, parce que c'est celui qui suspend le plus sûrement la perte et offre, par conséquent, le plus de sécurité. Mais il est bien évident qu'on ne peut en obtenir cet avantage capital qu'à la condition que l'obturation du vagin soit complète, et l'on comprend qu'un appareil formé d'un nombre insuffisant de boulettes mal tassées et mal soutenues laisse subsister tous les dangers de la perte. Il importe donc que tout praticien sache confectionner un tampon vraiment hémostatique, et s'il ne se sent pas capable de le construire tel, qu'il s'adjoigne un confrère habitué à bien faire cette importante opération.

**CONDUITE ULTÉRIEURE.** — En fermant hermétiquement le vagin, on a rempli la première et plus urgente indication du traitement, qui est de suspendre l'écoulement sanguin et de soustraire la parturiente au danger de mort par hémorrhagie. Mais, cela fait, tout n'est pas dit sur les suites de l'accident, et l'accoucheur n'est pas encore au bout de ses soucis et de ses peines. Loin de là, il lui reste à accomplir la partie la plus délicate et la plus difficile de sa tâche, à savoir faire heureusement franchir à la malade le périlleux passage de l'accouchement et des suites de couches, pendant lesquels de nouvelles hémorrhagies, des complications inflammatoires peuvent survenir et compromettre le succès des premiers soins. Aussi à ce moment importe-t-il au médecin, à l'accoucheuse, de ne point s'endormir sur le danger et d'être plus que jamais attentifs et vigilants, une négligence, une distraction, un instant d'oubli pouvant tout perdre.

Le premier devoir de la personne qui donne des soins, après avoir fermé la vulve, est de ne pas quitter un seul instant son

opérée. Le tampon peut en effet se relâcher sous l'influence du travail et laisser l'hémorrhagie se reproduire. Il faut donc être prêts à le consolider par le tassement plus exact des premiers éléments et par l'addition de nouvelles boulettes, dont on aura soin de tenir en réserve un certain nombre. C'est assez dire que l'accoucheur se trouve dans cette circonstance condamné à une réclusion souvent longue et fort gênante pour ses autres devoirs, mais à laquelle il doit se soumettre s'il ne veut s'exposer, par son absence, à causer un irréparable malheur. S'il est en médecine une circonstance dans laquelle il faille faire acte de dévouement et savoir se résigner aux ennuis de la profession, c'est certainement celle que nous supposons ici.

Le tampon achevé, on laisse la femme se remettre de la fatigue et de l'émotion qu'elle vient d'éprouver. Au bout d'une heure, si elle est calmée et qu'elle éprouve de l'appétit, on lui laissera prendre un potage de son goût et un peu de vin; sinon, on la soutiendra avec quelques cuillerées de grog à l'eau-de-vie. Enfin, si elle s'endort, on se gardera de troubler un repos qui doit réparer ses forces et la mettre à même de supporter les souffrances et les pertes inséparables de l'accouchement.

Au bout de dix ou douze heures, si le travail ne s'est pas déclaré ou s'il s'effectue avec lenteur, on enlève les bourdonnets qui occupent l'entrée du vagin et l'on sonde la femme, si elle n'a pu uriner seule, après quoi on remet en place bourdonnets et bandage.

Quant aux soins locaux que réclame ultérieurement la malade, ils varieront nécessairement suivant que le travail se déclare ou non après l'application du tampon.

Tableau synoptique du traitement de l'hémorrhagie causée par l'insertion vicieuse du placenta (1).

10. Pendant la grossesse,	$\left\{ \begin{array}{l} \text{a. Perte légère.} \\ \text{b. Perte grave} \end{array} \right.$	$\left\{ \begin{array}{l} \text{Repos au lit pendant deux ou trois jours} \\ \text{Tamponner le vagin. Enlever le tampon au bout de vingt-quatre heures, et ne pas le remettre aussi longtemps que la femme ne perd pas; le réappliquer dès que la perte reparaît.} \end{array} \right.$

(1) Ce tableau est un résumé du travail de M. le Dr. Bailly, dont nous avons extrait l'article précédent. (Note Edit.)

- |  |   |  |   |   |
|--|---|--|---|---|
| 20. Pendant le travail. Hémorrhagie toujours grave dans cette période. | } | a. Col incomplètement dilaté.  | } | Tamponner et attendre que la dilatation soit complète.  |
|  |   | b. Col complètement dilaté.  |   | 10. Terminer l'accouchement par la version ou l'emploi du forceps (méthode classique), ou bien :<br>20. Laisser la femme accoucher seule du tampon et de l'enfant, si les douleurs sont fortes, la présentation favorable, ou le fœtus assez petit (sept mois de grossesse) pour franchir le bassin, quelle que soit la présentation (méthode de Pajot) |
| 30. Après l'accouchement.  | } | 10. Ergot de seigle.   | } | 20. Elever le bassin et les membres inférieurs.   |
|  |   | 30. Exciter l'utérus avec la main pour le faire contracter.  |   | 40. Comprimer l'aorte.  |
|  |   | 50. Tampon et compression méthodique du ventre.  |   |   |
|  |   | 10. Faire affluer le sang vers le cerveau et le cœur en tenant le siège et les membres inférieurs très-élevés. |   | 20. Boissons alcooliques.   |
|  |   | 30. Lavements de vin et de bouillon (Charrier).  |   | 10. Transfusion.  |
| 40. Traiter l'anémie consécutive.                                      | } |  | } |   |

**Obésité des jeunes femmes avec aménorrhée, stérilité, traitement par la diète lactée.**— Voici dans quelles conditions M. Tarnier a été amené à traiter par le lait les troubles de la menstruation et la stérilité.

Peu de temps après avoir observé un homme jeune encore, atteint du mal de Bright et guéri par la diète lactée, il fut consulté pour une jeune dame, albuminurique, très-chargée d'embonpoint et chez laquelle la menstruation était absolument suspendue depuis plusieurs mois. On voulait savoir de M. Tarnier si cette dame était enceinte. M. Tarnier constata l'absence de tous les signes de grossesse et conseilla l'emploi rigoureux de la diète lactée, songeant en ce moment plus à l'albuminurie qu'à l'embonpoint. Pendant plusieurs mois il n'eut pas l'occasion de revoir cette malade, lorsqu'un jour il vit entrer dans son cabinet une dame, presque mince, avec toutes les apparences de la santé, qu'il ne reconnut point tant elle était changée. Cette jeune femme lui apprit qu'elle avait suivi très-rigoureusement ses prescriptions, qu'elle avait eu une amélioration très-rapide. Les urines avaient cessé de contenir de l'albumine. Puis, cette obésité précoce avait disparu. Elle dit surtout à M. Tarnier qu'à mesure qu'elle maigrissait la menstruation se rétablissait, et elle avait déjà eu plusieurs périodes parfaitement normales.

A quelque temps de là, M. Tarnier ayant été consulté pour

(1) Cette méthode ne saurait être employée que dans le cas où on aurait la certitude que l'enfant est mort. (Note Edit.)

une jeune dame, non albuminurique mais obèse, chez laquelle la menstruation était absolument supprimée, conseilla le régime lacté sévère. Chez celle-ci comme chez la précédente il y eut un amaigrissement rapide, et M. Tarnier eut l'occasion de la revoir plus tard fort amincie et parfaitement menstruée.

Sans doute, pour compléter ces observations, il aurait fallu observer l'imprégnation à la suite du traitement; mais les faits sont récents et ces jeunes femmes n'ont pas encore eu d'enfants. Toutefois, ces deux faits sont par eux-mêmes bien intéressants; le retour de la menstruation a déjà une grande valeur. Il ne faut pas oublier non plus que le traitement par le lait a déjà souvent été proposé et appliqué contre l'obésité. On l'a fait faire, soit seul, soit comme adjuvant d'autres méthodes, et de beaux succès ont été rapportés. Il a sur d'autres traitements l'avantage, tout en pouvant être classé parmi les médications altérantes, de ne pas exposer la santé de l'individu et d'être à coup sûr bien supporté.

Quant au mode d'administration du lait, M. Tarnier est généralement très-sévère pour le mode d'administration du lait. Premier jour, un litre de lait, deux portions d'aliments; deuxième jour, deux litres de lait, une portion d'aliments; troisième jour, trois litres de lait, une portion d'aliments; quatrième jour et jours suivants, quatre litres de lait et point d'aliments.

Mais en cas d'albuminurie, il y a péril en la demeure; il faut obtenir vivement la guérison, et on peut exiger de la malade la rigueur pénible de ce traitement, pour l'obésité et la stérilité on ne l'obtiendrait pas aussi facilement, aussi peut-on permettre aux malades en très-petite quantité des aliments ordinaires.

M. Tarnier ne pense pas qu'il soit nécessaire d'ajouter aucun autre médicament. Suivant lui, le lait pur se supporte très-bien. On ne forcera pas la malade à en prendre telle quantité plutôt que telle autre à la fois. Il faut consulter son goût, et pourvu qu'elle avale en somme la quantité voulue, le médecin devra se déclarer satisfait. M. Tarnier croit inutile l'adjonction de condiments, ou l'ingestion des sels alcalins destinés à faciliter la digestion.

Quant à la durée du traitement, elle serait éminemment variable; le médecin qui surveille devra suspendre ou faire continuer selon les faits qu'il observera. La diarrhée, rare du reste, est un signe que la médication est mal supportée. Lorsque l'effet favorable voulu a commencé à se produire, il continue, bien que la médication soit déjà suspendue.—*Abeille médicale*, 8 janvier 1877.—*Lyon Médical*.

## NOTES DE THÉRAPEUTIQUE.

## Remède contre la Variole.

Pr. Bitartrate de potasse. ....	3 vi
Poudre de rhubarbe .....	grs. xii
Eau froide .....	0 j

Il ne faut pas employer d'eau chaude.

La rhubarbe peut être prise avec la crème de tartre (ce qui est préférable) ou séparément. Si le malade éprouve trop de répugnance à prendre la poudre de rhubarbe, on peut lui substituer les pilules de rhubarbe composées ou l'huile de ricin. La manne convient très-bien aux très-jeunes enfants. Il va sans dire que, si les intestins sont libres, on n'administre pas de laxatifs.

Agitez bien le remède avant de l'administrer.

La dose, dans un cas *grave*, pour un adulte fortement constitué, est de huit onces. Dans la forme bénigne et chez des sujets moins forts, le tiers de cette dose suffit.

A un enfant âgé de neuf ans, on prescrira généralement la moitié de la dose d'un adulte; à un enfant de quatre ans, le quart, et ainsi de suite dans la même proportion.

Les doses doivent être répétées régulièrement toutes les trois ou quatre heures, jour et nuit, jusqu'à ce que la fièvre diminue (ce qui a généralement lieu après la deuxième dose), alors on continue le remède toutes les cinq ou six heures, jusqu'à ce que la fièvre soit disparue.

Quand le tartre et la rhubarbe sont administrés simultanément, on ne doit donner *que deux doses consécutives* du mélange. On donne ensuite le tartre seul, à moins que l'état des intestins ne nécessite l'emploi d'un laxatif. Si la première dose provoque des vomissements, donnez les doses consécutives moins fortes, mais plus souvent. Quelquefois le remède ne peut d'abord être donné que par cuillérées à thé, et dans les cas très-graves, on ne peut même qu'en humecter les lèvres du malade, et attendre qu'il soit possible d'en administrer davantage.

CHARLES ROSE.

---

---

# L'UNION MÉDICALE DU CANADA

MONTREAL, AVRIL 1877.

---

## L'admission à l'étude de la médecine et la nouvelle loi.

Plusieurs médecins semblent croire que l'ancien Bureau des gouverneurs pourra faire subir les examens aux aspirants à l'étude de la médecine, en attendant que la prochaine élection triennale permette de compléter l'organisation exigée par la nouvelle loi; c'est là, selon nous et selon les législateurs que nous avons consultés, une erreur que ne justifie pas la 28<sup>me</sup> clause de l'acte, qui pourvoit à l'existence de l'ancien Bureau, jusqu'à son remplacement lors de la prochaine élection, la voici: "Le Bureau actuel des gouverneurs élu d'après les dispositions des actes ci-dessus rappelés, sera continué et agira jusqu'après la prochaine élection triennale, *mais sujet sous tous autres rapports aux dispositions de cet acte*; et tous les règlements et règles faits jusqu'ici par le dit Collège des Médecins et Chirurgiens du Bas-Canada, demeureront en force jusqu'à ce qu'ils soient rappelés ou modifiés d'après les dispositions de cet acte."

On ne saurait être plus explicite, et il est évident d'ailleurs que si on eut voulu continuer l'ancien état de choses jusqu'après la prochaine élection, il en serait fait mention quelque part, et qu'après avoir assuré l'existence de l'ancien Bureau, on n'aurait pas ajouté qu'il sera sujet sous tous autres rapports aux dispositions de cet acte.

Maintenant, quant à la question de savoir ce que l'on doit faire avec les jeunes gens qui se présenteront au printemps pour être admis à l'étude de la médecine, nous ne voyons que deux solutions: soit que, comme nous l'avons déjà dit dans la livraison de février, on les remette à cet automne, alors que la nouvelle organisation sera complétée, ou bien que le Bureau actuel, usant de son droit de faire exécuter la nouvelle loi, élise une commission d'examineurs composée de quatre professeurs actuellement employés dans l'enseignement classique, et leur fasse subir leurs examens devant cette commission, tel que

l'exige la 9me clause de l'acte médical : " A la première assemblée régulière du dit Bureau, après la passation de cet acte, le Bureau provincial de médecine nommera pour trois ans (sujet toujours à l'approbation du Bureau), quatre personnes actuellement engagées dans l'œuvre de l'éducation en général, dans la province de Québec, pour examiner tous ceux qui veulent commencer l'étude de la médecine, de la chirurgie et de l'art obstétrique, sur les sujets d'éducation en général ci-après mentionnés, comme devant servir d'examen préliminaire aux étudiants en médecine."

Il est bien important que ceux qui ont l'autorité en mains se rappellent que *toutes les anciennes lois concernant la profession médicale sont maintenant abrogées et rappelées*, et que la seule loi qui nous régit est celle de 1876. On se tromperait donc étrangement, si, pensant rendre service aux jeunes gens qui se destinent à la profession médicale, on les admettait à l'étude sans se conformer aux exigences de cette loi, car il arriverait qu'après avoir étudié pendant quatre années et s'être parfaitement qualifiés d'ailleurs, ils se verraient refuser leur licence en vertu de la clause suivante, qui est la 8me : " Depuis et après la passation du présent acte, personne ne sera admis à étudier la médecine, la chirurgie ou l'art obstétrique, avant d'avoir obtenu un certificat de qualification du dit Bureau provincial de médecine.

*" Et personne n'aura droit à une licence du Collège, sur présentation d'un diplôme, à moins qu'il n'ait été préalablement admis à l'étude de la médecine conformément aux dispositions du présent acte, ou à moins qu'il n'ait subi un examen préliminaire équivalent, devant une école autorisée ou un bureau accordant des licences dans les possessions de Sa Majesté, acceptable au bureau établi par le présent acte."*

---

### La ventilation.

---

Il est facile de constater que la plupart des maladies qui nous déciment et qui sont devenues endémiques à Montréal, telles que la variole, le choléra morbus, etc., ont pour cause occasionnelle l'infraction aux lois fondamentales de l'hygiène. Cette science, qui devrait être, vu son utilité, familière à tous, est malheureusement trop peu connue. Bien des gens, intelligents du reste, sont en cela d'une déplorable ignorance. Au

médecin incombe le devoir de vulgariser les principes essentiels de cette science, et les occasions ne lui en manquent pas, surtout au lit du malade, où il est si souvent obligé de faire de l'hygiène la base de son traitement.

Entre autres agents qui compromettent le plus souvent et le plus sûrement la santé, il faut signaler l'air vicié; c'est indubitablement la cause la plus féconde en funestes résultats. Quels sont les endroits que visite le plus souvent la maladie? N'est-ce pas là où règnent l'encombrement et la malpropreté? N'est-ce pas là que les germes des maladies épidémiques et contagieuses trouvent les conditions nécessaires à leur développement et à leur diffusion. Bien des gens se figurent qu'il est inutile ou dangereux de ventiler une habitation pendant la saison d'hiver, qu'il faut se tenir bien chaudement vêtu, les pieds sur les chemises, et que l'épouse et les enfants peuvent impunément respirer un air qui n'a pas été renouvelé depuis deux mois ou plus. On ferme hermétiquement portes et fenêtres afin de conserver la chaleur, et de peur que les enfants ne prennent du froid. On surcharge le petit être de vêtements chauds qui le maintiennent dans un état continu de transpiration et le rendent susceptible au moindre courant d'air froid. Il est bien facile de remarquer que ce n'est pas chez l'enfant modérément vêtu et qui passe une partie du jour à jouer au froid qu'on rencontre le plus souvent des affections des voies respiratoires, mais plutôt chez ceux qui tombent dans l'excès contraire. Le système qui consiste à exposer un enfant aux intempéries des saisons et aux privations dans le but de l'endurcir, est souvent fatal, mais le contraire ne l'est pas moins: il faut savoir entre ces deux excès choisir un juste milieu. Nos compatriotes d'origine anglaise paraissent apprécier à leur juste valeur les bienfaits de ce système, aussi, en règle générale, leurs enfants sont-ils agiles et florissants de santé.

On peut regarder comme un axiôme que les maladies épidémiques, un grand nombre de maladies de peau, et les maladies constituées par un vice de proportion du sang, trouvent dans les lieux encombrés et mal aérés le plus grand nombre de leurs victimes; le manque d'exercice musculaire, de ventilation et de propreté, et les précautions exagérées, ne peuvent faire d'un enfant né robuste qu'un adulte malingre et souffreteux.

Le froid, l'humidité et les changements brusques de température sont des conditions barométriques dont il faut apprendre à se défier et à profiter. L'air froid n'est pas par lui-même nuisible à la santé, bien au contraire il est plus sain, vu qu'il ne tient pas en suspension ces myriades de germes et d'animalcules qui se développent sous l'influence de la chaleur solaire, et

qui sont, comme on le sait, la cause d'un si grand nombre de maux. L'air froid n'a de dangereux que sa propriété astringente, ainsi, qu'on l'applique sur un épiderme en transpiration, l'arrêt subit de cette fonction produira un effet répercussif sur l'un ou l'autre des organes internes et amènera des phénomènes inflammatoires généraux ou locaux. L'humidité ou plutôt la vapeur d'eau est nécessaire dans la composition de l'air atmosphérique, et tempère l'action par trop irritante de l'oxigène, c'est pourquoi, il est important, surtout pendant la saison chaude, de tenir de l'eau en ébullition dans nos habitations; d'autre part, les pluies humides de l'automne et du printemps sont très-malsaines et affectent désagréablement même l'individu le mieux portant, mais surtout elles sont le cauchemar des rhumatisants et des gens affectés de névralgies. Les changements brusques de température sont dangereux par les changements qu'ils amènent dans les fonctions d'exhalation et de transpiration, c'est pourquoi il faut être très-attentif à maintenir le corps dans une température fixe.

Comme la presque totalité de nos habitations privées ne sont pas pourvues d'un système spécial de ventilation, voici comment on conseille d'aérer les appartements pendant la saison d'hiver. Le matin, dès que la famille laisse les appartements à coucher, on en enlève tout ce qui peut répandre une odeur malsaine, après avoir interrompu toute communication avec le reste de la maison, on ouvre les fenêtres pendant un temps plus ou moins long suivant l'état de la température, puis, après avoir refermé les fenêtres, on remet ces appartements en communication avec les autres, de manière à ce que le bon air d'une part et la chaleur de l'autre se distribuent également dans toute l'habitation, et ainsi de suite, s'il y a lieu. Avec ces précautions, on recueillera tous les avantages d'un bon air sans s'exposer au danger du froid.

---

### Une injustice réparée.

---

Nous sommes heureux d'apprendre que sir Hugh Allan a reçu une dépêche du gouvernement, l'informant que la décision arbitraire du Bureau de commerce de Londres vient d'être révoquée, et qu'à l'avenir, comme par le passé, les médecins canadiens pourront faire le service à bord des vaisseaux transatlantiques.

## Ecole de médecine et de chirurgie, faculté Victoria.

Les examens de cette institution pour les finals et les primaires ont eu lieu la semaine dernière. Les messieurs dont les noms suivent ont été admis à la pratique après un examen soutenu avec honneur :

Vitalien Cléroux, M. D. V.	Hugh Meagher, M. D. V.
Odilon Beaudry, M. D. V.	Laurent Charlebois, M. D. V.
Ovide Richer, M. D. V.	J. B. Bouchard, M. D. V.
Ant. Cartier, M. D. V.	Philippe Fortin, M. D. V.
Wilfrid Petit, M. D. V.	Frédéric Despars, M. D. V.
Wilfrid Grignon, M. D. V.	Amédée Lasalle, M. D. V.
Wilfrid Prevost, M. D. V.	Joseph Robillard, M. D. V.
Henri Brossard, M. D. V.	Adolphe St. Pierre, M. D. V.
Joseph Giroux, M. D. V.	F. X. Baril, M. D. V.
Walter Alexander, M. D. V.	Isaie Desroche, M. D. V.
Alfred Maucotel, M. D. V.	

Et les Messieurs suivants ont passé leur examen pour les primaires :

L. Bachand, B. M. V.	Isaie Sylvestre, B. M. V.
Ls. Olivier, B. M. V.	Ov. Wathier, B. M. V.
F. Labadie, B. M. V.	Ph. Fiset, B. M. V.
A. Lapalme, B. M. V.	A. Hébert, B. M. V.
Ars. Godin, B. M. V.	Ov. Fréchette, B. M. V.
Ls. Gaucher, B. M. V.	N. Roberge, B. M. V.
Ol. Charbonneau, B. M. V.	J. Beaudry, B. M. V.

## VARIÉTÉS.

**Une consultation chez Andral.**—Un jour, le domestique du docteur Andral vient prévenir son maître qu'une femme pauvrement vêtue et accompagnée d'une petite fille au visage amaigri, demande à lui parler.

Andral la fait introduire. La femme entre, portant dans ses bras son enfant qui grelottait la fièvre.

—Vous désirez me consulter, madame ?

—Oui, monsieur le docteur... Car on m'a dit que vous seul pourriez sauver la petite... Alors j'ai mis tout ce que j'avais au

Mont-de-Piété pour vous l'amener... parce qu'elle pleure quand je lui parle de la mener à l'hôpital...

—Voyons...

—Pardon, monsieur le docteur, mais j'ai quelque chose à vous demander avant... On m'a dit que vous preniez 40 francs par consultation... Or, je n'ai pu réunir que 30 francs, et je ne voudrais pas, vous comprenez, avoir l'air de vous faire tort.

—Montrez-moi votre enfant, dit Andral sans répondre.

Il ausculta, examina, fit son ordonnance. Puis, tout cela terminé, comme la brave femme lui tendait un papier dans lequel était soigneusement enveloppée la modique somme qu'elle avait eu tant de peine à se procurer :

—On vous a trompée, madame... Une consultation, ce n'est pas 40 francs..., c'est 500 francs.

Et en même temps, il glissa un billet de banque dans la main qui s'allongeait vers lui.—*Revue de Littérature Médicale.*

**Morts au champ d'honneur.**—Un de nos confrères parisiens consacre une chronique à ce qu'il appelle, avec raison, le champ d'honneur du médecin.

Ce champ d'honneur, c'est le chevet du malade.

“ Le mois dernier, dit notre confrère, j'ai tenu registre durant une semaine,—UNE SEMAINE seulement,—des médecins morts à leur champ d'honneur, et j'ai noté six noms ; les voici :

“ Le docteur Hugon, mort d'une fièvre typhoïde contractée en soignant un malade.

“ Le docteur Mahier, mort à la suite des soins donnés à un enfant atteint de diphthérie.

“ Le docteur Reynaud, mort dans les mêmes circonstances que le docteur Mahier.

“ Le docteur Parot, mort à la suite des soins donnés à son confrère, le docteur Reynaud.

“ Enfin, deux étudiants en médecine, morts à la Charité : MM. de Moliner et Jordes.

“ Et tous les jours, c'est un nom nouveau à ajouter au martyrologe médical. Hier, c'était celui de M. le docteur Beauvais, mort de fièvre typhoïde contractée au lit d'un malade.”

Allons, il faut être juste, même envers les médecins.

S'ils ne nous donnent pas toujours la vie, nous leur prenons quelquefois la leur.—*Courrier des Etats-Unis.*

---

## NAISSANCE.

A St. Laurent, le 9 mars, la dame du Dr. J. J. LeCavalier, une fille