

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- 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.

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires: Continuous pagination.

LA GAZETTE MÉDICALE DE MONTRÉAL

Revue Mensuelle de Médecine, de Chirurgie et des
Sciences accessoires

VOL. II. MONTREAL, FEVRIER 1888. No 2.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CLINIQUE MÉDICALE

Traitement des formes graves de la conjonctivite granuleuse

CLINIQUE DU DR ABADIE, PAR LE DR A. CHRÉTIEN-ZAUGG.

MESSIEURS,

La conjonctivite granuleuse, cette maladie si grave et si commune, qui, dans certains pays tels que l'Algérie et l'Égypte, fait tant de victimes, doit bénéficier des connaissances précieuses que la bactériologie nous a fournies sur sa nature.

Au point de vue étiologique, l'ensemble des observations prises dans tous les pays montre que, d'une façon générale, les causes extrinsèques à l'individu jouent un plus grand rôle que les causes intrinsèques.

Cette affection se rencontre en effet extrêmement fréquemment dans tous les pays africains où l'altitude est légère, le soleil ardent, où le vent et la poussière ne sont arrêtés par aucun obstacle. La misère est grande, la promiscuité facile, toutes causes d'éclosion et de propagation de la maladie.

En Europe, ces causes se trouvent réduites, et la conjonctivite granuleuse devient moins fréquente et moins grave. En outre, qu'observons-nous ? Cette maladie ne fait de ravages sérieux que chez une certaine catégorie de gens ; ceux qui vivent dans des conditions hygiéni-

ques défectueuses, alimentation et aération insuffisantes, surmenage physique, absence de soins de propreté. Les granuleux peuplent nos cliniques, tandis qu'à notre consultation particulière nous en voyons fort peu et les cas que nous voyons sont fort légers. Est-ce que la constitution des uns diffère de celle des autres ? Aucunement, il n'y a qu'une chose qui diffère, les conditions matérielles de leur existence.

La question d'aération paraît surtout jouer un rôle capital, car ainsi que l'a établi Chilbret, passé une certaine altitude il n'y a plus de granulations. Il suffirait donc de laisser séjourner ces malades au milieu de l'air pur des montagnes pour les guérir rapidement et complètement. Mais on comprend combien ce moyen de traitement est théorique et applicable seulement au petit nombre.

La bactériologie, messieurs, a apporté un appoint considérable à nos connaissances sur la nature de la conjonctivite granuleuse. Nous savons à présent qu'elle est due à un microbe spécial qui s'établit à demeure sur le sol conjonctival.

Dans la pathogénie de cette affection, nous devons reconnaître deux facteurs principaux, puis quelques autres qui ne sont que secondaires.

Les facteurs principaux sont :

- 1° La présence du microbe.
- 2° L'état du terrain de culture sur lequel il se développe.

Les facteurs secondaires sont :

L'état des parties annexes de l'œil, voies lacrymales, fentes palpébrales plus ou moins larges, réaction du système nerveux de l'individu. Il y a donc lieu d'agir :

- 1° En cherchant à détruire le microbe.
- 2° En modifiant le terrain sur lequel il est implanté.
- 3° En éloignant les causes accessoires qui en favorisent le développement.

Avant de connaître la nature microbienne de la conjonctivite granuleuse, messieurs, on employait par empirisme, de temps immémorial, ces agents caustiques, sulfate de cuivre, nitrate d'argent, sels de plomb, qui, dans un grand nombre de cas, donnaient des résultats satisfaisants.

Depuis que la bactériologie nous a révélé la présence d'un microbe dans la muqueuse conjonctivale, on a essayé bien des antiseptiques, solutions phéniquées et boriquées, résorcine, iodoforme, etc.

Chose remarquable, tous ces moyens de traitement en apparence rationnel ont donné jusqu'ici peu de résultats satisfaisants.

Un grand progrès a été réalisé par la découverte des propriétés thérapeutiques du Jequirity, à laquelle M. de Wecker a attaché son

nom. Ce précieux médicament entre les mains de nombreux praticiens, en particulier M. Coppez, a donné de brillants succès.

Actuellement, la vogue si grande du Jequirity paraît être un peu épuisée, mais, quoiqu'on en dise ou qu'on n'en dise pas, il continue encore à rendre de grands services.

Eh ! bien, messieurs, malgré toutes ces découvertes importantes, bactériologiques et thérapeutiques, la conjonctivite granuleuse n'est pas toujours une maladie facile à guérir.

A l'avant dernier congrès d'ophtalmologie de Paris, la question de son traitement a été longuement discutée et vous avez entendu les aveux désespérants de distingués confrères qui, ayant exercé en Algérie et ayant tout essayé, y compris le Jequirity, n'avaient abouti bien souvent qu'à des échecs.

J'ai été amené dans ces derniers temps, par des considérations que je vous développerai tout à l'heure, à *combinaison systématiquement dans ces cas rebelles, invétérés, les scarifications journalières de la conjonctive avec les cautérisations*, et je dois déclarer tout de suite que ce mode de traitement m'a rendu les plus grands services.

J'entends déjà bien des praticiens s'écrier : mais ce procédé n'est pas nouveau, les scarifications ont été déjà recommandées, vantées par les uns, décriées par les autres. Cela est vrai, messieurs, mais je n'ai trouvé dans la littérature ophtalmologique aucun auteur qui préconisât l'association systématique des scarifications avec les cautérisations ; or, c'est cette association qui constitue *le traitement*, la caractéristique de cette méthode. — Voici comment j'ai été conduit à l'adopter : Dans les formes graves et qui ont de la tendance à devenir chroniques, le processus morbide envahit manifestement les couches profondes sous-jacentes à la muqueuse. — Je n'en veux pour preuve que cet hypertrophie considérable avec incurvation défectueuse du cartilage tarse qui persiste si souvent indéfiniment.

N'est-il pas rationnel d'admettre que, lorsque le processus diffuse ainsi vers les parties sous-jacentes à la muqueuse, le microbe pathogène s'insinue dans les couches profondes qui échappent à l'action du caustique ?

Les scarifications doivent permettre de l'atteindre plus aisément et d'en rayer l'évolution.

D'autre part, l'emploi systématique des scarifications journalières et combinées avec les cautérisations m'a été suggéré par la pensée qu'en agissant ainsi, on devait nécessairement modifier la vitalité, la structure du tissu conjonctival, c'est-à-dire du terrain sur lequel évolue le microbe pathogène.

Ce sont des résultats remarquables obtenus dans la lupus de la face

qui m'ont conduit à adopter la même pratique pour la conjonctivite granuleuse.

Dans le lupus de la face que voyons-nous ? Une affection extrêmement rebelle à toute espèce de médication, causée également par un microbe, se développant sur un terrain spécial. On cherche à modifier le terrain envahi en s'adressant à l'économie entière, en prescrivant des remèdes internes ; on n'y réussit guère, la maladie traîne en langueur et s'éternise. Il n'en est plus de même quand on modifie directement la vitalité des tissus envahis par des scarifications combinées avec l'emploi de microbicides. On obtient ainsi des résultats remarquables, qui ont complètement changé le pronostic de cette redoutable affection.

L'importance de l'état de la région locale quand un point de l'organisme est envahi par des microbes pathogènes, a été mis en relief d'une façon remarquable par les expériences de Roux et Nocquart (1).

Si l'on injecte dans du tissu musculaire sain un virus charbonneux atténué, on ne provoque aucun accident, la cellule musculaire résiste à l'envahissement du microbe. Mais si, au préalable, on contusionne violemment le muscle avant de faire l'injection, la cellule musculaire ayant perdu de son énergie vitale se laisse désorganiser ; cette désorganisation locale se propage, s'étend, se généralise et l'animal succombe.

Comment agissent les scarifications combinées avec les cautérisations ? Est-ce en permettant aux caustiques de pénétrer plus profondément et d'agir sur les microbes ? Est-ce en modifiant la vitalité des tissus, en les dégorgeant d'un trop plein sanguin, en atrophiant leurs vaisseaux et en rendant ce sol, devenu plus fibreux, moins fertile pour la pullulation des germes ? Il est difficile de répondre d'une façon absolument précise à ces questions. Mais ce que nous devons retenir au point de vue clinique et thérapeutique, c'est que cette pratique donne des résultats absolument remarquables et infiniment supérieurs à ceux obtenus soit par les cautérisations, soit par les scarifications employées isolément. Je puis citer actuellement nombre de malades soignés sans succès par les traitements les plus variés, y compris le Jequirity appliqué à plusieurs reprises, et qui ont complètement guéri par ce mode de traitement.

Voici comment je procède, quand il y a des phénomènes trop graves d'irritation, de réaction nerveuse et par suite d'intolérance, je commence par appliquer six sangsues à la tempe, de façon à provoquer une large déplétion sanguine. L'œil devient pour ainsi dire plus ma-

(1) Annales de l'institut Pasteur.

niable, on peut retourner plus aisément les paupières sans provoquer des douleurs vives.

Cela fait, j'instille quelques gouttes de cocaïne, et, une fois une anesthésie relative obtenue, avec le scarificateur de Desmarres bien aiguisé et bien tranchant, je fais des scarifications légères dans la muqueuse. J'attaque d'abord les points où elle semble la plus épaisse, généralement au niveau du cul-de-sac supérieur. On laisse saigner abondamment, puis on cautérise avec le glycérolé de cuivre (1 de sulfate de cuivre pour 8 de glycérine). Les premiers jours, ces scarifications suivies de cautérisation sont un peu douloureuses, mais elles sont suivies d'une amélioration si rapide et si appréciable pour le malade que lui-même, reconnaissant vite le bénéfice qu'il en retire, n'hésite plus à s'y soumettre. Peu à peu, la muqueuse diminue d'épaisseur ; elle devient moins rouge, moins turgescente, tout en restant souple. S'il y avait déjà infiltration des tissus sous-jacents, elle rétro-cède, le pannus disparaît peu à peu et la maladie marche franchement vers la guérison. Une fois celle-ci obtenue, la muqueuse conjonctivale devenue mince, blanchâtre, reste souple, le cartilage tarse n'est pas non plus hypertrophié et conserve sa courbure normale. Je ne prescris pas de traitement général, sauf dans les conditions particulières dont je vais vous parler :

Messieurs, généralement, quand, chez un granuleux, surviennent des complications cornéennes, on est porté à les considérer comme secondaires. Or, j'ai remarqué fréquemment chez de jeunes sujets, adolescents, que des kératites strumeuses, parenchymateuses, pouvaient se greffer sur la conjonctivite granuleuse et évoluer parallèlement avec elle.

En pareil cas, l'affection cornéenne et l'affection conjonctivale s'aggravent l'une par l'autre, mais elles sont en réalité distinctes l'une de l'autre ; ce sont deux maladies associées. Dès lors, il faut instituer deux traitements, l'un destiné à combattre les granulations, celui que nous venons d'indiquer, l'autre dirigé contre la variété de kératite qui est en jeu. Sirop iodo-tannique, iodure de potassium à l'intérieur, etc. La double guérison des deux affections, c'est-à-dire la guérison complète ne pourra être obtenue qu'à ce prix.

Je n'insisterai pas, messieurs, sur l'élargissement de la fente palpébrale, le redressement des cils mal implantés, le rétablissement des voies lacrymales, ces notions aujourd'hui vulgaires sont familières à tous.

Paris, 2 janvier 1888.

CLINIQUE D'OTOLOGIE, DE RHINOLOGIE, DE LARYNGOLOGIE

HOTEL-DIEU.—M. LE DR A. J. B. ROLLAND.

Corps étrangers du conduit auditif externe.

MESSIEURS,

Je crois qu'il n'est pas inutile que je vous parle des corps étrangers du conduit auditif externe et des moyens que vous pourrez employer pour leur extraction. Par des manœuvres bien dirigées, vous débarrassez votre patient ; tandis que si elles sont faites à l'aveugle, vous êtes la cause de lésions souvent irréparables et même de la mort de celui qui s'était confié à vos soins.

La liste des objets trouvés dans le conduit auditif est des plus variée : Insectes vivants ou morts, fèves, pois, lentilles, haricots, noyaux de fruits, graines de toutes sortes, perles, petits cailloux, bouts d'allumettes, petits boutons, têtes d'ivoire ou de métal de crayons à écrire, etc., etc.

Les insectes vivants peuvent causer les bruits les plus violents, les sensations les plus désagréables au patient. Ils peuvent aussi amener une inflammation du tympan, du conduit. Les corps lisses, arrondis, ne causent généralement pas de désordres, tandis que ceux qui sont aigus, allongés, peuvent blesser le conduit ou perforer le tympan. Certains individus ont conservé, pendant plusieurs années, des corps étrangers, sans en éprouver le moindre effet, et dans nombre de cas, ce n'est que par hasard que l'on a découvert la chose. Larrey cite un militaire qui conserva pendant vingt ans un corps étranger dans le conduit ; Lévi, un de ses clients qui garda pendant dix ans un grain de plomb sans aucun symptôme inquiétant ; Reim, un malade qui avait depuis quarante ans une dent cariée dans le conduit sans avoir eu le moindre accident ; Politzer a enlevé un morceau de crayon long de trois centimètres que le patient dit avoir dans son conduit auditif depuis cinquante ans, et chez un autre, un morceau de crayon qui avait séjourné pendant vingt-deux ans ; Lucae et Zaufal, des noyaux de cerise placés dans le conduit, respectivement depuis quarante et quarante-deux ans ; etc. On peut dire que, d'une manière générale, les corps étrangers du conduit auditif ne provoquent pas de conséquences fâcheuses et qu'elles sont presque toujours amenées, comme le dit fort bien Politzer, "*par des essais d'extraction maladroits, entrepris par une main non exercée.*"

Cependant, on a eu des phénomènes réflexes être produits par des corps étrangers du conduit. Fabrice de Hilden après avoir enlevé une perle de verre qu'une jeune fille avait dans son conduit auditif depuis huit ans, la guérit d'attaques d'épilepsie, de toux sèche, d'atrophie du bras gauche, d'anesthésie de toute la moitié du corps. Arnold enlève deux haricots des conduits auditifs ; une toux persistante, des vomissements répétés disparaissent. Heydenreich enlève des graines de soleil, et des attaques mensuelles de migraine cessent complètement. Boyer, Wilde font cesser des attaques d'épilepsie par l'extraction de perles de verre. Itard voit une salivation abondante disparaître après l'enlèvement d'un morceau de laine.

Ils peuvent aussi avoir une influence sur l'intelligence, comme le prouve le cas de Brown qui, après avoir enlevé vingt-huit petits cailloux de l'oreille d'un enfant, vit une augmentation considérable de l'intelligence de son patient.

La mort est aussi survenue par méningite à la suite de l'introduction d'un corps étranger dans l'oreille. Mais ces cas sont rares.

On a quelquefois une otite externe compliquée ou non d'otite moyenne purulente. Dans ces cas nous pouvons voir survenir les complications qui sont la conséquence des otites.

Si vous faites des tentatives maladroites d'extraction, vous risquez d'amener une otite externe traumatique, même de perforer le tympan et de refouler le corps étranger dans la caisse. Si vous blessez le conduit, il se gonfle, rend toute extraction impossible, jusqu'au jour où, sous l'influence d'un traitement bien dirigé, l'inflammation disparaît. Dans d'autres cas, le corps étranger entretient l'inflammation que vous avez provoquée, et la suppuration continue jusqu'à ce que le corps du délit soit sorti avec le pus ou que vous l'ayez extrait. Si vous le refoulez dans la caisse après avoir perforé le tympan par vos manœuvres, vous pouvez avoir à combattre les terribles complications de l'otite moyenne purulente. Et quand même vous n'auriez pas à craindre ce résultat si fâcheux, il reste presque toujours, même après l'extraction du corps logé dans la caisse, des lésions de la membrane tympanique qui produisent une surdité plus ou moins considérable.

Qu'avez-vous donc à faire lorsqu'un patient se présente à vous pour un corps étranger du conduit externe ?

La première chose, c'est de reconnaître s'il y a corps étranger ou non. La chose peut vous paraître ridicule ; mais sachez que plus d'une fois on a tenté des manœuvres, on a lésé l'oreille pour avoir un corps étranger qui n'existait pas, soit qu'il fût sorti de lui-même ou que le patient ait cru à l'existence d'une chose qui n'était pas.

Donc, pour reconnaître s'il y a corps étranger, de quelle consistance

il est, et ce qu'il est ; car souvent on peut y arriver, il faut d'abord exposer l'oreille de son patient à la lumière directe ou réfléchie. Le corps peut n'être qu'à l'entrée du conduit, et toute tentative d'introduction de spéculum ou de stylet peut le refouler plus au fond. Si vous ne voyez rien, introduisez le spéculum avec toute la délicatesse possible. puis projetez la lumière d'une lampe à gaz ou à pétrole, ou encore la lumière d'un ciel blanc avec le miroir. Si vous vous servez du stylet afin de toucher, qu'il soit toujours moussé et manié avec la plus grande précaution, autrement vous ferez plus de mal que du bien. Il est bon de vous servir du miroir frontal pendant que vous maniez le stylet, afin que la main qui tenait le miroir puisse servir à immobiliser le spéculum. Il peut se faire que du cérumen, du pus, un caillot de sang, le gonflement du conduit ne vous permettent pas de voir le corps étranger, qu'il soit petit et tombé dans le sinus formé par le tympan et la paroi inférieure du conduit, ou enfin qu'il ait été refoulé dans la caisse. Il peut aussi se faire que le patient ait la sensation d'un corps étranger qui est tombé de lui-même du conduit.

Vous avez reconnu le corps du délit. Qu'y a-t-il à faire ? Comment l'enlever ? Le moyen le plus sûr est l'injection faite avec une grosse seringue ou un irrigateur d'eau tiède simple ou légèrement savonneuse. Elle sera poussée avec force et vers l'endroit où vous aurez pu constater un espace entre le conduit et le corps étranger. Si vous ne prenez pas cette précaution, le liquide, au lieu de passer en arrière du corps, de le pousser vers l'extérieur, l'enfoncera davantage. Cela est surtout vrai pour les têtes de crayon à écrire, quand la petite cavité de cette tête se trouve dirigée vers le dehors. L'injection, en rentrant dans cette cavité, pousse la tête plus au fond. Ce procédé réussit généralement, excepté pour le cas que je viens de vous mentionner. Mais il est bon de vous rappeler qu'il faut quelquefois vider plusieurs seringues avant d'arriver à un résultat. Il vaudrait mieux ne pas employer cette méthode, si elle cause des vertiges violents, ou lorsqu'il y a une perforation du tympan et que le liquide s'écoule en grande quantité par la trompe d'Eustache. Vous voyez facilement que dans ce dernier cas, le liquide, en ne sortant pas par le conduit externe, ne peut pas entraîner le corps étranger avec lui. On a conseillé de se servir d'huile à la place d'eau, dans les cas où le corps peut se gonfler, comme les fèves, les pois, les haricots, les lentilles. Je crois que c'est inutile. Lorsque l'on est obligé de remettre à plus tard une nouvelle tentative, il suffit de verser de suite après l'injection que l'on vient de pratiquer, suivant le conseil de Politzer, un peu d'alcool dans le conduit. Vous savez tous que l'alcool est très avide d'eau. Vous pouvez

donc ainsi prévenir le gonflement, et même obtenir une certaine diminution de volume du corps étranger.

Si après avoir essayé les injections, vous ne réussissez pas, vous pouvez employer le moyen suivant : Prenez un petit pinceau, un morceau de charpie roulée fortement sur un stylet ou un morceau de bois, et trempez-le dans de la colle forte. Vous l'introduisez dans le conduit jusqu'au contact du corps étranger. S'il n'y a pas de liquides pathologiques pour empêcher la colle de sécher, vous pourrez retirer le pinceau et le corps. Ce procédé convient surtout lorsque le corps n'est pas retenu trop fortement. Il y a bien encore de petites pinces, des crochets aigus, des curettes, des instruments en forme de tire-bouchon, etc., qui sont employés. Mais je vous conseille de les proscrire, à moins d'être très bien outillé, et d'avoir l'habitude de les manier. Vous risquerez d'enfoncer le corps étranger et de blesser le conduit. Dans le cas où le corps serait une boulette de coton, vous pourrez employer une petite pince à griffes très fines. S'il y avait de l'inflammation du conduit qui entravât l'extraction, vous la ferez disparaître par un traitement approprié, avant de procéder, excepté dans le cas où la présence d'un corps étranger serait la cause de cette inflammation. Alors cherchez à faire l'extraction.

Pour les insectes vivants, vous pouvez les tuer avant de les extraire, en versant dans le conduit de l'huile ou de la glycérine auxquelles vous ajouterez quelques gouttes d'esprit de camphre, d'éther, de pétrole, de chloroforme, de térébentine. Les vapeurs de chloroforme, d'alcool, la fumée du tabac, réussissent aussi. Une fois l'insecte mort, vous l'extrairez par l'un des procédés indiqués. S'il s'agit de larves, les moyens employés pour les insectes sont à votre disposition.

Lorsque toutes tentatives d'extraction ont échoué, et qu'il est urgent d'enlever le corps étranger, il faut faire une opération sanglante. Pour cela, faites une incision en haut et en arrière du pavillon de l'oreille, de manière à le détacher et à le renverser en bas et en avant. Il est aussi nécessaire de détacher la portion cartilagineuse du conduit auditif. Une fois le corps étranger mis à jour, il suffit d'une pince pour l'extraire.

Je vais maintenant vous rapporter une observation qui m'est personnelle.

Vers la fin de décembre dernier, Arthur P....., âgé de 12 ans, élève de l'Institut des Jeunes Aveugles, se présente à moi pour un corps étranger du conduit auditif gauche. Je lui demandai depuis combien de temps il avait ce corps étranger, et ce qu'il était. Il m'apprit que dans le mois d'août 1887, il s'était amusé à mettre des pois dans la conque de l'oreille, puis qu'il les laissait tomber à terre. Après avoir

fait ce jeu pendant un certain temps, il s'aperçut qu'un de ces pois ne tombait pas, mais qu'il était resté à l'entrée du conduit. Il essaya de le saisir, et ne sachant pas qu'il y avait " *un trou dans l'oreille,*" il le poussa plus au fond. Ceci se passait chez lui, à la campagne. Il alla chez le médecin de son village qui n'arriva pas à lui enlever son pois, mais au contraire, le poussa contre le tympan. Dans l'intervalle de temps depuis cette tentative d'extraction et le jour où il vint me trouver, il devint élève de l'Institut des Jeunes Aveugles, et c'est de là qu'il me fut adressé. Je commençai d'abord par regarder l'entrée du conduit sans introduire de speculum, afin de constater si le corps du délit n'était pas à cet endroit. Voyant que non, je m'armai du miroir frontal et j'introduisis le speculum avec toute la précaution possible. Avec l'aide d'une très bonne lumière provenant d'une lampe à gaz munie d'un appareil concentrateur, je vis un corps de couleur brun-noir, remplissant tout le conduit et situé tout au fond. Avec un stylet mousse, je vis que le corps était dur, que sa forme était bien celle d'un pois. Pendant ces petites manœuvres, mon patient était sous l'effet d'une crainte vive, comme le sont d'ailleurs tous les aveugles qui subissent un examen ou une opération, et faisait une suite de petits mouvements brusques. Je pratique plusieurs injections avec une forte seringue en caoutchouc et de l'eau tiède. Le tout n'aboutit qu'à ramener quelques petits morceaux de cérumen. Alors j'emploie un petit crochet recourbé et aigu *ad hoc*. Je parviens à l'insinuer entre le conduit et le pois. A ce moment, mon patient fait un mouvement de tête ; le crochet s'enfonce dans la peau du conduit et fait venir le sang. J'étanche et lui mets de l'acide borique dans le conduit. Je dis à la personne qui l'accompagne de lui en mettre tous les matins, et de me l'amener dans deux jours. Au temps fixé, il revient. J'injecte sans succès. Je prends alors le crochet et réussis à enlever un morceau du pois, mais non sans avoir des mouvements brusques de la part de mon patient. Le sang coule quelque peu. Je résolus alors d'employer la méthode agglutinative. Je prends un petit pinceau de poils de chameau, je le trempe dans la colle, l'introduis dans le conduit et le met en contact avec le pois. Je conseille à la personne qui m'a amené le patient de lui faire un coussinet avec de la ouate et de l'appliquer sur l'oreille, tout en y pratiquant une petite ouverture pour laisser passer l'extrémité du pinceau sans excercer trop de pression. Le tout fut maintenu par un bandeau. Mon but était d'empêcher toute violence sur le pinceau, car la colle que j'avais employée était très adhésive, mais elle prenait beaucoup de temps à sécher. Je le fis revenir le jour suivant. Le pinceau avait probablement été déplacé, car je le tirai sans le corps étranger. Je ne savais trop que faire, vu que je me trouvais dans l'im-

possibilité de me servir du crochet avec un tel patient. Je pouvais lui faire beaucoup de mal. Je dis que si je ne réussissais pas dans quelques jours, il ne me restait qu'à faire le décollement du pavillon. Quelques jours plus tard, je le revis. Je pensai au galvano-cautère que Voltolini recommande. Avec un brûleur très fin, j'essayai de percer le pois. Peine inutile ! Le malade me rend la chose impossible. La patience, je dois vous le dire, me laissait depuis plusieurs jours. Je vois de plus en plus qu'il va falloir une opération sanglante, ou laisser là le corps étranger. Mais il était important pour lui d'avoir l'ouïe aussi délicate que possible, car il faisait des études musicales.

Allons ! Revenez un autre jour, lui dis-je. Il revint. Cette fois je brûle un trou dans le pois avec le galvano-cautère et je réussis à introduire un instrument en tire-bouchon dans cette ouverture. Le pois est saisi, il vient. Joie de courte durée ! Un mouvement de tête, et mon instrument lâche prise. Je dis au patient de continuer à mettre dans le conduit les gouttes d'alcool boriqué que je lui avais ordonné dès sa deuxième visite, et de revenir quand il voudrait. Je commençais à l'oublier, lorsqu'il m'arriva. Il était accompagné d'une des sœurs de l'Institut des Jeunes Aveugles. Je dis à la religieuse ce que je pensais du cas. Je prends la seringue et l'eau tiède, et je fais une injection, mais sans succès. J'ajoute alors une petite canule à l'embout de la seringue, chose que j'avais déjà faite, et après avoir seringué pendant quelques temps, le pois tombe dans le bassin. La religieuse m'a rendu un grand service, en enjoignant avec force au patient de rester calme et de ne pas remuer. Le pois avait sans doute diminué de volume depuis la dernière fois que j'avais vu mon petit aveugle. Je crois que ce fait est dû à l'alcool qui a pénétré dans le trou pratiqué avec le cautère, et a dégonflé le pois en absorbant l'eau qu'il contenait. Le tympan était légèrement rouge. Depuis, rien de fâcheux n'est survenu et l'ouïe est parfaite.

Si je vous cite cette observation avec beaucoup de détails, c'est afin de vous montrer tout le trouble que peut avoir l'otologiste lorsque sont faites des *tentatives d'extraction irrationnelles, violentes*.

Donc, messieurs, si j'ai un conseil à vous donner, c'est le suivant : Ne faites jamais de tentatives violentes d'extraction. Contentez-vous des injections et de la méthode agglutinative. Si vous ne réussissez pas, rassurez le patient, rassurez son entourage s'il y a lieu.

Dans les cas où il y aurait urgence d'extraire le corps étranger, faites-le, mais à la condition d'avoir les instruments nécessaires, un éclairage suffisant.

LA RESPIRATION EN HIVER

On a souvent recommandé la respiration par le nez plutôt que par la bouche, dans nos grands froids d'hiver, afin d'éviter les congestions et les inflammations bronchiques et pulmonaires. Le nez, d'ailleurs, est le véritable conduit respiratoire. Mais pour certaines personnes non habituées, malades ou obligées de marcher vite et de courir, les narines ne suffisent point. Il leur faut absolument le concours de la bouche pour respirer. Or, je suggère la méthode suivante, qu'on l'essaie : Tenir la pointe de la langue constamment appuyée sur l'arcade alvéolaire interne du maxillaire supérieur ou plus simplement dit : la fixer en avant du palais au point d'union de la gencive avec les dents. Ainsi placée, à l'entrée de la bouche, la langue, sans cesse réchauffée par le souffle expirateur, devient comme un morceau d'acier incandescent qu'adoucît et tempère admirablement l'air froid avant de pénétrer dans les bronches et les poumons, et conséquemment empêche, prévient les accidents des organes de la poitrine. Avis aux habitants des zones glaciales.

F. X.

COMMUNICATION

M. le Rédacteur de LA GAZETTE MÉDICALE.

J'ai quitté la profession médicale depuis plusieurs années, mais tout ce qui se rattache à son honneur m'intéresse au plus haut point. Aussi j'ai horreur du charlatanisme sous quelque forme qu'il se présente. Je le déteste tant que, très probablement j'en vois quelquefois où il n'y en a peut-être pas.

Voici, par exemple un article que je trouve dans un journal politique publié hors de Montréal :

Honneur à la science.

" M. le Dr A. B. de Montréal a bien voulu nous adresser un exemplaire de son livre publié dernièrement à Paris : "*De l'intervention chirurgicale dans les affections du rein.*" "

C'est un fort volume de 600 pages, irréprochable au point de vue typographique et orné de planches en chromo-lithographie et de figu-

res destinées à expliquer les diverses opérations chirurgicales dont il est question dans l'ouvrage.

Cet important traité est si hautement apprécié par les célébrités européennes, qu'il a été jugé digne d'être couronné par l'Institut de France et a valu à son auteur la croix de la légion d'honneur.

C'est la première fois, croyons-nous, que la profession médicale au Canada est honorée de la sorte dans l'un de ses membres, au sujet d'un ouvrage scientifique.

Ce témoignage aussi précieux que distingué, tout en faisant le plus brillant éloge de son auteur dont la réputation n'a plus rien à désirer au Canada, devient en même temps un sujet de légitime orgueil pour ses compatriotes.

Nous offrons à M. le Dr B. nos sincères félicitations en même temps que nos remerciements pour son gracieux envoi."

Pour moi, je vous l'avoue naïvement, votre Dr A. B. de Montréal fait du charlatanisme en se servant de tels moyens. Je veux bien croire que son livre a du mérite, beaucoup de mérite même, puisqu'il a été couronné par l'Institut de France, et qu'il aurait valu à son auteur la croix de la Légion d'Honneur ; mais en tout cas, que votre Dr A. B. soit couronné par l'Institut de France ou par toute autre société scientifique, qu'il porte sur sa poitrine la croix de la Légion d'Honneur de M. Grévy & Cie, si cela lui fait plaisir, ou même d'autres décorations moins *douteuses* (car l'on sait ce que peut valoir quelquefois une croix de la Légion d'Honneur depuis ces dernières années). Il ne lui est pas plus permis d'être charlatan qu'à n'importe quel médecin. Or, le fait de se servir de journaux politiques pour apprendre au public que lui, Dr A. B. de Montréal, est l'auteur d'un ouvrage médical "fort volume de 600 pages," constitue à mon avis un acte de charlatanisme. Ce n'est pas, je l'admets, du charlatanisme effronté comme celui de ce Dr Kergan qui étale son portrait depuis quelques temps sur nos journaux politiques dans le but de faire de la réclame. Et je suis bien convaincu que votre Dr A. B. n'ira pas jusque là.

Vous me trouverez peut-être un peu sévère à l'égard de votre confrère, cependant si j'en juge par le traité de déontologie que j'ai sous les yeux dans le moment, je ne crois pas avoir absolument tort. Jugez-en vous-même par les passages que j'y rencontre :

" Le charlatanisme se produit par la publication extra-scientifique ;
" par l'affiche, l'annonce, la réclame.

....." La divulgation des faits médicaux par la voie de la presse
" non-scientifique, voilà le grand grief de l'époque ; grief trop fondé
" assurément et qui tend à le devenir davantage.

....." Du moment où, se soustrayant à tout contrôle, cette divulga-

“ tion s'étale directement dans un journal, fût-elle même strictement
 “ conforme à la vérité, elle doit être rejetée comme incompatible avec
 “ la dignité de la profession ; et ce serait une pratique détournée et
 “ hypocrite celle qui consisterait à introduire soi-même, dans la partie
 “ politique de la feuille, la mention d'une communication académique,
 “ l'analyse du travail présenté ou le résumé d'un rapport favorable.
 “ Je le répète, l'exposé fût-il rigoureusement exact, il n'en mériterait
 “ pas moins le blâme le plus sévère.”

Je pourrais vous citer bien d'autres passages du même traité, où toute publication extra-scientifique dans le genre de celle de votre Dr A. B. est formellement condamnée comme contraire à l'honneur de la profession médicale.

Il est possible, encore une fois, que l'auteur de ce traité fasse comme moi, c'est-à-dire qu'il force un peu la note à propos de charlatanisme, et que le procédé du Dr A. B. soit permis au Canada sans que l'honneur professionnel en souffre ; mais je voulais savoir au juste à quoi m'en tenir à ce sujet.

J'oserais donc vous demander de bien vouloir nous faire connaître l'opinion de la *Gazette Médicale* sur cette question. Et vous obligerez beaucoup,

Votre ex-confrère et abonné,

X.

MOUVEMENT MÉDICAL

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Du suc gastrique dans les maladies de l'estomac.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ rappelle tout d'abord que les maladies de l'estomac ont, depuis ces derniers temps, été l'objet de travaux importants de la part d'auteurs français, tels que MM. Gauthier, Bouchard, Debove, Quinquaud, Beaumetz, Laborde, ce dernier ayant été l'un des premiers à mettre en usage certains réactifs pour reconnaître rapidement la nature de l'acide du suc gastrique. Il n'est donc pas juste de dire que notre pays a peu fait pour les maladies de l'estomac, depuis le dernier travail de M. Sée sur les dyspepsies.

Quoi qu'il en soit de ces travaux, je ne crois pas que l'étude du suc gastrique ait l'importance clinique que lui attribue l'école allemande et en particulier Ewald.

On a d'abord voulu considérer l'absence d'acide chlorhydrique libre dans l'estomac comme symptôme exclusif du cancer de cet organe ;

cette prétention a dû être abandonnée, l'absence d'acide chlorhydrique ayant été constatée dans nombre d'autres affections que le cancer.

On l'a vu dans la dilatation de l'estomac, dans les cachexies. Réciproquement, on trouve de l'acide chlorhydrique libre dans certains cancers de l'estomac, et cela jusqu'à la mort.

Ainsi donc, si la recherche de l'acide chlorhydrique libre dans le suc gastrique peut quelquefois, en s'ajoutant aux autres signes cliniques, nous permettre de porter le diagnostic de cancer de l'estomac, son absence ou sa présence ne juge pas cette question et le diagnostic des cancers de l'estomac reste encore un problème clinique dont la solution est quelquefois bien obscure et souvent même impossible.

L'étude clinique du suc gastrique nous rendra-t-elle plus de services pour le diagnostic des autres affections stomacales, et pourrons-nous, par la constatation de l'acidité du suc gastrique et de la nature de cette acidité, établir une thérapeutique rationnelle ? Sur ce point, je crois encore qu'il y a de grandes illusions sur la valeur exacte de ce signe.

En effet, la présence de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique du même individu subit des variations nombreuses, et en se plaçant dans les mêmes conditions expérimentales et en renouvelant journellement l'examen du suc gastrique, il m'a été donné de trouver chez le même malade tantôt une acidité exagérée, tantôt une disparition presque complète de cet acide chlorhydrique ; et de ce qu'un jour on a trouvé une acidité exagérée, il est impossible d'affirmer que cette même acidité se retrouvera les jours suivants. En effet, bien des causes, en dehors de la digestion, viennent modifier la production de l'acide du suc gastrique. Ce sont d'abord les fonctions de la peau, et il suffit de sueurs très abondantes pour faire diminuer cette acidité ; puis ce sont les fonctions des reins, enfin ce sont aussi les perturbations nerveuses qui modifient avec une extrême rapidité l'acidité du suc gastrique.

Chez les femmes, l'apparition des règles est encore une cause d'erreur, car elle amène une diminution dans l'acidité de ce suc.

Ainsi donc, on aura beau multiplier les moyens d'investigation, en utilisant même le nouveau réactif de Gunzbourg, pour apprécier la composition chimique du suc gastrique et sa valeur digestive, on ne pourra jamais tirer de cette étude, quelque complète qu'on la suppose, que des indications ayant une valeur relative et sur lesquelles il sera bien difficile d'établir une thérapeutique rationnelle, si l'on n'y joint pas les autres données cliniques

Aussi, je crains que la chlorhyd. thérapie ne repose sur des bases bien fragiles.

Dans sa communication, le prof. G. Sée est revenu sur la définition

qu'il a donnée de la dyspepsie et il a montré avec juste raison la part qui lui revient dans cette conception de la dyspepsie considérée comme une perturbation apportée aux actes chimiques de la digestion stomacale.

Notre collègue maintient plus que jamais cette définition exclusive et veut, comme il l'a écrit en 1881, que les dyspepsies gastro-intestinales ne soient que des opérations chimiques défectueuses. C'est là restreindre beaucoup ce terme de dyspepsie, et, pour ma part, je continue à soutenir que toutes les perturbations apportées au fonctionnement du tube digestif, qu'il s'agisse de sa muqueuse ou de sa tunique musculaire, doivent rentrer dans le groupe des dyspepsies ; et le rôle si important que le professeur Bouchard et son école ont fait jouer à la dilatation de l'estomac donne raison, dans une certaine mesure, à l'opinion que je soutiens ici, que toutes les parties constituantes de l'estomac peuvent concourir aux troubles fonctionnels de l'organe.

D'ailleurs, pour ma part, je crois que ce mot dyspepsie doit disparaître et ne doit plus constituer qu'un symptôme au même titre que le vomissement ; et de même qu'il paraîtrait étrange de faire un "Traité du vomissement" de même aujourd'hui il me paraît irrationnel de maintenir ce mot de dyspepsie en tant que maladie spéciale.

On devra donc s'efforcer dorénavant d'établir les signes cliniques de chacune des affections de l'estomac dans le cours desquelles la dyspepsie peut se montrer, mais à titre absolument secondaire.

M. GERMAIN SÉE.— Je remercie notre honorable collègue Dujardin-Beaumetz d'avoir bien voulu reconnaître l'importance de mon travail, et je m'empresse de répondre à ses objections. M. Dujardin-Beaumetz considère les dyspepsies comme un simple et banal symptôme ; c'est revenir à la très ancienne interprétation, qui a sombré depuis longtemps. — Aujourd'hui et depuis mes travaux de 1881, comme Dujardin-Beaumetz le reconnaît, la dyspepsie est devenue exclusivement chimique, c'est-à-dire basée sur l'altération du suc gastrique ; pour ma part je ne connais pas d'autre dyspepsie : tout le reste se compose d'une série de troubles nerveux et moteurs, que j'ai décrits sous les noms d'atonies ou de spasmes de l'estomac. — J'ajoute que dans ces cas le suc gastrique est parfaitement normal ; dans les premiers cas, c'est-à-dire dans les dyspepsies vraies, la recherche du suc gastrique, la constatation de la présence ou de l'absence de l'acide chlorhydrique par le nouveau réactif chimique est le juge suprême de la situation.

Je ne me déciderai jamais à me priver d'une pareille ressource, sans laquelle on commettra les plus graves erreurs, et on prescrira des traitements aléatoires.

Si je ne me suis pas décidé à insister sur le diagnostic exclusivement chimique, c'est que les réactifs étaient incertains, surtout pour distinguer le bon acide, l'acide chlorhydrique, d'avec les acides médiocres, comme l'acide lactique, acétique, butyrique. — La phloroglucine vanilline creuse un abîme entre ces deux genres d'acidités et nous fixe définitivement sur la puissance digestive du suc gastrique, qui ne vaut que par l'acide chlorhydrique, lequel a le pouvoir de mettre en activité de service la pepsine elle-même, laquelle serait et resterait inerte dans ses glandes sans l'excitation physiologique et normale provoquée par l'acide chlorhydrique.

J'ajoute, pour venir au-devant d'une objection faite par Dujardin-Beaumont, que l'anachlorhydrie n'est réelle et décisive qu'après avoir été vérifiée à plusieurs reprises ; c'est ce que je n'ai jamais manqué de faire, et je ne déclare dyspeptique, c'est-à-dire anachlorhydrique, qu'après un examen répété du liquide gastrique.

J'arrive aux atonies ; il faut les distinguer, surtout des dilatations stomacales qui ont été si bien étudiées par Bouchard. La dilatation n'est réellement grave que si elle s'accompagne de dyspepsie, c'est-à-dire d'une anachlorhydrie ; jusque-là il s'agit uniquement d'une atonie stomacale qui peut même succéder à l'atonie ou à d'autres états plus ou moins sérieux de l'intestin.

Voilà ma réponse aux diverses objections faites par Dujardin-Beaumont.

La valeur de l'anachlorhydrie se retrouve tout entière dans le cancer de l'estomac ; là elle est pour ainsi dire constante, mais elle n'y est pas exclusive, car on la retrouve nettement dans certaines dyspepsies muqueuses et surtout dans les dyspepsies marastiques ou des inanitiés.

A cette occasion, je mentionne le signe de la réduction de l'urée dans les urines comme de peu de valeur ; l'urée diminue dans le cancer comme dans toutes les inanitions et surtout dans celles qui s'observent à la suite des maladies du foie, comme l'a montré mon ami Brouardel.

M. CONSTANTIN PAUL. — La diminution de l'urée contenue dans l'urine, n'a jamais été considérée par Rumelaere comme le signe absolu d'un cancer de l'estomac. Ce qu'il a dit et ce qui est vrai, c'est que dans une affection chronique de l'estomac, si le malade mange et si la quantité d'urée tombe à 3 ou 4 drachmes par pinte, il y a grande chance pour qu'il s'agisse d'un cancer. Dans ces conditions cliniques spéciales, le signe contribue puissamment au diagnostic du cancer, mais il n'a pas une valeur absolue, pas plus d'ailleurs que cela n'a lieu pour tous les autres signes de la séméiologie.

La découverte de ce signe s'est produite après l'observation de certaines affections de l'estomac traitées par le gavage et guéries, alors que les symptômes présentés par les malades faisaient supposer un cancer de l'estomac. On a pensé alors que les moyens de diagnostiquer cette maladie étaient insuffisants dans certains cas, et c'est alors que l'on chercha par l'analyse de tous les liquides de l'économie un caractère permettant de fournir un nouvel élément de certitude. L'examen de l'urine a fourni celui que je viens de vous indiquer ; il est un nouveau symptôme de probabilité d'une grande valeur, mais il ne faut pas aller jusqu'à dire et personne n'a dit jusqu'à présent : absence d'urée, signe certain de cancer.

M. LABORDE. — Il est impossible de dire, au point de vue physiologique tout au moins, que l'acide lactique est médiocre pour la digestion.

Bien que la question dont il s'agit soit complexe, et qu'il y ait de nombreuses dissidences à son sujet, on peut dire qu'aujourd'hui, grâce à l'emploi des réactifs colorés (qui permettent, eux aussi, de distinguer l'acide chlorhydrique des autres acides du suc gastrique), on est fixé sur la composition du suc gastrique, et l'on a pu constater que l'acide lactique s'y trouve à l'état constant, tandis que l'acide chlorhydrique ne s'y trouve pas toujours.

M. G. SÉE. — J'ai eu surtout en vue la pathologie. En ce qui concerne l'état physiologique, il faut bien savoir qu'il y a une cause d'erreur ; l'acide chlorhydrique n'existe pas en effet dans le suc gastrique au commencement de la digestion ; aussi est-ce 40 ou 45 minutes après le repas d'épreuve qu'on doit le rechercher.

Traitement de l'anthrax.

M. PERRIN. — Depuis huit années, j'ai renoncé au fer et au feu dans le traitement de l'anthrax ; seulement, au lieu de la pulvérisation phéniquée dont nous a parlé M. Verneuil, j'emploie la balnéation prolongée dans l'eau chaude ; je l'ai fait pour des anthrax de la main, de l'avant-bras, du coude, des reins, des membres inférieurs, pour des furoncles et des panaris. En quelques heures la douleur, la rougeur et la tension de la peau disparaissent rapidement. Pendant la nuit, le bain est remplacé par un cataplasme d'empois froid. En une huitaine de jours, un anthrax de la grosseur d'une orange disparaît sans laisser de cicatrice, si le traitement est appliqué avant le sphacèle de la peau.

Pendant la balnéation, il doit se produire d'actifs échanges endosmotiques qui ont pour effet d'expurger le terrain de l'anthrax de tous les déchets organiques qui s'y trouvent, ainsi que des germes septiques.

Les bains doivent être prolongés le plus longtemps possible, en ayant soin de les maintenir à la même température.

Ce mode de traitement ne peut s'appliquer aux anthrax de la face, des paupières, du nez, de la nuque, à moins d'employer une sorte de hamac métallique.

En ce qui concerne l'interprétation que M. Verneuil a donnée aux résultats qu'il a obtenus, je ne suis pas de son avis.

Pour lui, ce qu'il y a d'actif dans sa méthode, c'est l'antiseptique pénétrant avec effort à travers la peau pour aller détruire les colonies microbiennes qui ont élu domicile dans la tumeur. Pour moi, il ne saurait en être de même puisque j'emploie tout simplement l'eau chaude, à moins d'admettre que les échanges endosmotiques qui sont très actifs pendant l'immersion n'aient pour effet de purger complètement le terrain envahi des microbes pathogènes.

M. LE FORT. — Il y a plusieurs éléments dans la communication de M. Verneuil.

Il nous dit d'abord que ses pulvérisations phéniquées calment les douleurs, et il croit que c'est à l'action antiseptique de cet agent qu'il faut attribuer ce résultat. Je crois bien plutôt qu'il faut faire intervenir l'action analgésiante local de cet agent.

En ce qui concerne la guérison de ces anthrax, je me demande jusqu'à quel point la méthode peut être efficace et remplacer, sinon le feu que je n'emploie pas, du moins l'incision rayonnée faite autour de l'anthrax, telle que je la pratique avec succès sur mes malades.

Pour ce qui est du furoncle, j'ai bien souvent éprouvé sur moi-même l'influence abortive d'un simple coup de lancette pratiqué au centre de la tumeur et traversant le derme. Comme je ne pense pas qu'en agissant ainsi, mon bistouri ait pu détruire le ou les microbes, causes de l'affection, je vois dans ces faits un puissant argument à l'encontre de l'origine microbienne de l'anthrax ou du furoncle.

Enfin, si M. Verneuil croit à l'influence anti-parasitaire de l'acide phénique, pourquoi ne l'injecte-t-il pas sous la peau comme on fait de la teinture d'iode dans d'autres maladies ? Il me semble que l'action serait encore plus énergique.

M. CONSTANTIN PAUL. — Je demanderai à M. Verneuil si, grâce à sa méthode, il a pu mettre ses malades à l'abri des récurrences de furoncles et d'anthrax qui sont si fréquentes chez certaines personnes.

M. VERNEUIL. — Je suis convaincu que le furoncle, l'anthrax, le paranasal, l'orgelet sont de nature microbienne, mais la discussion de ce point devant nous entraîner trop loin, je ne l'aborderai pas ici.

Ce que j'ai surtout voulu montrer, c'est que l'on pouvait se passer de l'intervention chirurgicale dans le traitement de l'anthrax.

M. BUCQUOY. — Nous avons tous l'occasion de soigner des anthrax et des furoncles et il est très rare que nous ayons recours à l'intervention d'un chirurgien.

M. VERNEUIL. — Je ne crois pas que vous ayez souvent lu dans vos livres que les anthrax ne nécessitent pas de traitement chirurgical. Cette opinion existe, puisque c'est celle de MM. Perrin et Bucquoy, mais nous savons tous qu'elle n'est pas générale et que, en présence d'un anthrax, on a recours au bistouri.

Si les chirurgiens me disent qu'ils n'incisent plus l'anthrax, j'aurai enfoncé une porte ouverte, mais je crois qu'il n'était pas mauvais de l'enfoncer puisque personne ne l'avait fait jusqu'à présent.

D'ailleurs, ici même, M. Le Fort entre autres vient de se montrer partisan de ce moyen, qui n'est pas sans inconvénients. Il est très douloureux quoi qu'en puisse penser notre collègue.

M. LE FORT. — Il est douloureux mais c'est si vite fait, et cela soulage tant après.

M. VERNEUIL. — Ce n'est pas tout. Le bistouri peut également être dangereux. J'ai en ce moment dans mes salles un malade chez lequel j'ai pu faire disparaître par les pulvérisations un anthrax gros comme un bouchon de carafe ; or, ce malade a eu un anthrax du bras ouvert au bistouri. L'incision a provoqué une hémorrhagie telle que l'on a dû lier l'humérale.

Pour ce qui est des injections d'acide phénique, on les a essayées, et, outre qu'elles sont douloureuses, elles sont loin d'avoir l'efficacité des pulvérisations.

En ce qui concerne les récidives, je n'ai pas une expérience suffisante pour me prononcer ; tout ce que je puis dire, c'est que les malades que j'ai traités n'ont jamais eu d'autres furoncles.

M. LABORDE. — L'acide phénique n'agit pas seulement comme microbicide. Il exerce également une action énergique sur la contractilité des petits vaisseaux, et c'est à ce titre, ainsi que l'a démontré Gosselin, qu'il est utile dans les inflammations. Peut-être cette action sur la contraction vasculaire a-t-elle pour effet également d'empêcher la propagation de l'agent infectieux.

Il faut reconnaître encore que l'eau chaude, telle que l'emploie M. Perrin, a une action analogue, et peut-être est-ce là la cause des succès qu'il obtient.

M. TRÉLAT. — Je crois, comme M. Verneuil, à l'origine parasitaire du furoncle et de l'anthrax.

En ce qui concerne son traitement, je n'ai jamais été partisan de l'incision quand même, ainsi que l'on peut s'en assurer par la lecture de l'article du dictionnaire que j'ai publié sur cette question.

Mais si j'admets l'inutilité des incisions systématiques, je crois qu'il faut inciser dans quelques circonstances choisies, et en cela je me rapproche de M. Verneuil.

M. VERNEUIL. — Je n'ai pas dit cela.

M. TRÉLAT. — Je le croyais ; en tous cas, je prends cette opinion à mon compte, et je dis qu'il est des cas où il faut inciser, et cela précisément dans le but d'assurer l'antisepsie de la tumeur qui, de cette façon seulement, pourra être baignée dans tous les sens par les liquides antiseptiques. C'est ce résultat que se propose d'obtenir également M. Polaillon, lorsqu'il conseille de traverser les anthrax par des flèches de chlorure de zinc.

Je ne doute pas que c'est parce que nous agissons ainsi à l'heure actuelle, que nous n'observons plus ces complications redoutables de l'anthrax (infection purulente, septicémie, etc.), que l'on observait si souvent autrefois.

M. VERNEUIL. — Je ne dis pas qu'il ne se présentera pas un jour un anthrax que j'inciserai, jusqu'à ce jour et depuis l'emploi de ma méthode, je n'en ai vu aucun pour lesquels l'incision fût indiquée.

M. TRÉLAT. — L'indication est rare, mais elle existe, et, en cela, nous sommes d'accord.
(*Le Bulletin Médical*).

MALADIES DES YEUX.

Des corps étrangers de la Cornée et de la Sclérotique.

Les corps étrangers de l'œil s'arrêtent ordinairement à la surface de la cornée ou de la conjonctive, quand ils ne sont pas volumineux, tandis qu'ils pénètrent plus profondément dans les cas contraires.

C'est surtout chez les forgerons que la première forme s'observe : on voit une zone étroite brûlée formant un cercle brun, ressemblant beaucoup à la rouille, mais qui n'est que le résultat de la contusion et de la brûlure. Ce corps étranger, qui s'arrête le plus souvent dans les couches superficielles, est facile à enlever après l'accident, mais si on laisse s'écouler un certain temps l'exsudat qui se forme fixe le corps étranger, et l'escharre à son tour, produit une inflammation éliminatrice qui, quelquefois, peut occasionner des lésions graves de l'œil.

Le procédé à suivre, dans ce cas, est, comme l'a conseillé le Dr Schmitz, d'enlever la rouille ; il ne survient alors qu'une très légère inflammation. Si, au contraire, on la laisse, en calmant l'inflammation par des instillations d'atropine, il en résulte une incapacité de travail pendant huit à quinze jours.

Les corps volumineux qui pénètrent ordinairement dans les tissus et les perforent sont d'ns ordinairement aux éclats de fer détachés des instruments. Ils traversent la conjonctive et rentrent dans la cornée. mais ils s'arrêtent souvent dans la sclérotique en vertu de l'élasticité et de l'épaisseur de cette membrane. Il est évident que, plus ils sont profonds, plus ils sont difficiles à extraire ; il faut veiller à ce qu'on ne les pousse pas dans la chambre antérieure ou dans le corps vitré. C'est dans ces cas que l'électricité est utile, mais il est vrai de dire qu'on ne réussit pas toujours à extraire ces éclats de fer au moyen de l'aimant.

Du reste, il arrive assez fréquemment que les corps étrangers sont situés à la couche interne de la cornée ; de plus, ils sont petits et enfoncés obliquement dans la membrane. L'aiguille à cataracte que l'on emploie pour les extraire ne réussit qu'à les pousser plus profondément, ils perforent alors la paroi postérieure et donnent ainsi issue à l'humeur aqueuse. Si l'on prolonge les tentatives d'extraction on peut blesser l'iris et la crystalloïde antérieure, s'ils ne sont pas déjà tombés dans la chambre antérieure. Aussi lorsqu'un corps étranger recule, faut-il laisser l'œil tranquille et avoir recours aux mydriatiques, à la cocaïne. L'irritation légère qui se produit alors rend le corps étranger de plus en plus saillant, il devient mobile, se détache ou peut être saisi avec la pince ou l'aimant.

Cette propulsion des corps en avant serait due d'après Schmidt à la reproduction des lamelles profondes de la cornée et de la sclérotique qui repoussent les lamelles superficielles du dedans au dehors, et avec elle, le corps étranger. *(La Pratique Médicale).*

CLINIQUE INFANTILE.

Les convulsions chez les enfants.

Nous croyons être utile aux praticiens en publiant les extraits qui suivent d'une clinique faite par M. le professeur Grancher à l'Hôpital des Enfants-Malades, et analysée par M. le Dr Deligny dans la *Gazette Médicale de Paris* (21 janv. 1888).

Pour M. Grancher il y a deux grandes classes de convulsions :

- 1° Les convulsions essentielles, d'origine réflexe ;
- 2° les convulsions symptomatiques.

Les convulsions d'origine réflexe n'ont pas toujours la même physiologie ; il y a plusieurs variétés :

1° Elles peuvent être épileptiformes ; l'enfant est pris tout d'un coup. Il tombe en poussant un cri. Il y a la phase tonique, puis la phase clonique et le coma, comme dans l'épilepsie ;

2° Les convulsions seulement toniques. On a nié cette forme, elle existe.

3° Les convulsions surtout cloniques, agitation incessante, extension et flexion successives et alternatives des membres ;

4° Les convulsions partielles, qui existent tantôt à un seul membre, tantôt à la face, aux commissures, aux muscles de l'œil.

Il y a encore des convulsions localisées plus difficiles à reconnaître : ce sont des convulsions internes, des muscles du tronc, du diaphragme. Il faut toujours examiner l'état des muscles du thorax et du diaphragme, l'orsqu'on voit un enfant tomber tout à coup en bleuissant, cyanosé ; ces cas peuvent se terminer par la mort ;

5° Toutes ces formes peuvent être mélangées, s'associer ; c'est ainsi que l'on peut voir des séries de convulsions, dont chaque crise revêt une de ces différentes formes.

Il reste deux points secondaires à examiner. Y a-t-il des phénomènes précurseurs des convulsions, ou non ?

On a cité : l'insomnie, l'assoupissement et l'irascibilité de caractère. Quelque faible que soit la valeur de ces signes, il faut en tenir compte.

Quels sont les phénomènes consécutifs ? La mort peut arriver par asphyxie, ou bien on observe le retour complet à l'état de santé, ou bien aussi quelquefois il se développe des états pathologiques confus : parésies, troubles de la sensibilité, etc...

Pourquoi les enfants ont-ils si souvent des convulsions ? On a invoqué, pour répondre à cette question, des raisons d'ordre moral, sentimental et des raisons d'ordre physiologique.

Bouchut attribue la fréquence des convulsions chez les enfants à la sensibilité et à l'irritabilité de leur cerveau.

Les recherches des physiologistes tendent à prouver le contraire ; on connaît l'expérience classique de la grenouille à laquelle on a coupé la tête et dont les mouvements réflexes s'exagèrent. Plus intéressantes sont les expériences de Simonoff. Il a étudié les résultats de la piqûre du cerveau faites avec des aiguilles seules, avec des aiguilles traversées par un courant constant, puis un courant induit ; il a recherché quel était l'état des réflexes des muscles de la jambe au moment des expériences et a jugé ainsi de l'action de l'irritation cérébrale sur le pouvoir excito-moteur de la moëlle. Il a vu que le pouvoir réflexe de la jambe était déprimé quand l'aiguille est plongée dans les régions antérieures, et qu'il en était de même avec le courant électrique. Il a constaté, au contraire, que le pouvoir réflexe n'est pas influencé si l'aiguille est

plantée dans les régions postérieures, le cervelet. Ces travaux, qui démontrent que les lobes antérieurs du cerveau ont une action modératrice sur la moëlle, datent de 1886.

Les travaux de Fritsch et Hitzig ont montré ensuite que les mêmes lobes antérieurs sont excito-moteurs. Or, ce sont les mêmes régions que les centres modérateurs de Simonoff; elles sont donc à la fois excito-motrices et modératrices. Mais ces centres n'existent pas chez les jeunes enfants; Soltmann en a fait la preuve chez les animaux nouveau-nés. Les localisations cérébrales ne se forment chez les enfants que peu à peu, avec l'âge; voilà pourquoi les convulsions sont chez eux si fréquentes. L'action modératrice n'existe pas; c'est là la raison physiologique.

Que faire en présence d'un enfant atteint de convulsions?

Il faut d'abord faire le diagnostic, ce qui n'est pas toujours facile.

Il faut voir la convulsion, s'il est possible, et ne pas s'en rapporter aux renseignements de l'entourage.

Si l'on se trouve en présence d'un enfant qui jouissait d'une bonne santé antérieure et qui n'a pas de fièvre, par cela même on peut éliminer les convulsions du début ou du décours des maladies fébriles.

Il faut alors faire mettre l'enfant tout nu pour l'examiner. Cela peut suffire à faire cesser les convulsions en débarrassant l'enfant d'une épingle qui le pique, d'un vêtement qui le blesse.

Ces diverses causes sont assez fréquentes.

Il faut explorer la bouche, s'occuper de l'état de la dentition.

Il faut chercher du côté de l'appareil digestif. M. Grancher cite à ce sujet le cas d'un enfant atteint de convulsions généralisées, auquel la nourrice avait fait prendre une cuillerée à café de sirop d'ipéca après une tétée.

Il faut regarder du côté du nez, de l'oreille; ne pas oublier les émotions morales, l'instinct imitatif. Mais il arrive que, malgré une minutieuse enquête, la cause reste inconnue.

Si l'on se trouve en présence d'un enfant ayant une fièvre vive, il faut penser de suite à une pneumonie, une broncho-pneumonie ou une fièvre éruptive.

Un troisième cas est celui qui concerne un enfant dont la santé est détériorée, dont la dentition est mauvaise, ou qui est convalescent d'une maladie.

Le pronostic doit toujours être très réservé; il ne faut jamais s'en aller en disant: ce n'est rien, car il pourrait se produire d'autres crises plus graves, mêmes mortelles.

Le fait d'une convulsion est toujours un fait grave, surtout si c'est une première convulsion.

Trousseau recommande de ne pas quitter la malade, et raconte être resté six heures auprès d'une petite fille.

Pour le traitement il faut avoir l'air de faire quelque chose et ne pas faire grand'chose. On donnera une potion calmante, anodine et un grand bain tiède. Il faut se défier des bains chauds et froids et des révéulsifs. Un lavement laxatif est souvent fort utile.

Pour les jours suivants, on recommandera le régime lacté, en prévision de troubles digestifs, du mal de Bright ou d'albuminurie passagère.

En ce qui concerne la crise convulsive elle-même, on peut faire respirer à l'enfant quelques gouttes de chloroforme, mais sans aller jusqu'à l'anesthésie.

CLINIQUE THERAPEUTIQUE.

DERMATOLOGIE.

Le traitement des eczémateux.

TRAITEMENT DES ÉRUPTIONS ECZÉMATEUSES CHRONIQUES SUIVANT LES RÉGIONS :

I. Eczémas des régions pileuses du corps.—a.—Eczémas du cuir chevelu.

Les eczémas des régions pileuses du corps sont des plus rebelles : il faut en poursuivre le traitement jusqu'à disparition des derniers vestiges, et encore est-il prudent de soumettre ensuite les malades à une période d'observation assez longue, car autrement les récidives sont possibles.

Chez les hommes et chez les enfants, il est bon de faire couper les cheveux ras, mais il faut mettre tout en œuvre pour conserver aux femmes leur chevelure ; il faut leur persuader qu'avec des soins elles peuvent la garder, et en effet, dans la grande majorité des cas, si elles sont soigneuses, elles arriveront à se guérir sans la sacrifier. On fera tomber les croûtes en les ramolissant avec des pulvérisations, des douches de vapeurs, de l'huile d'amandes douces, de l'huile d'olive, de l'huile de ricin ou de l'huile de foie de morue si l'odeur n'incommode pas le malade : Kaposi recommande de la préparation suivante :

Huiles d'amandes douces	3 onces.
Acide phénique.....	18 grains.
Baume du Pérou.....	½ drachme.

M. S. A.

Quand elles sont ramollies, on lave la tête avec une des lotions que nous avons indiquées ou même avec la décoction de bois de Panama. On peut aussi avec un grand avantage, se servir pour ce nettoyage du bonnet de caoutchouc ou de compresses de tarlatane imbibées d'eau boriquée et recouvertes de taffetas gommé. Puis on traite les malades d'après les principes que nous avons posés plus haut. Il importe de savoir toutefois que le cuir chevelu supporte d'ordinaire beaucoup mieux les préparations énergiques que les parties glabres du corps ; les pommades souffrées au 10^e ou au 15^e et surtout les pommades à l'huile de Cade doivent être signalées comme étant tout particulièrement efficaces dans les eczémats secs ou modérément enflammés du cuir chevelu.

b.—Eczémats du bord libre des paupières.

On ne saurait trop recommander dans ces cas des lotions à l'eau de sureau boriquée et des applications avec un petit blaireau sur le bord libre, d'abord de pommade à l'oxyde de zinc, puis, quand la période inflammatoire est un peu calmée, de la pommade suivante :

Précipité jaune..... 10 à 15 grains
 (Oxyde jaune de Hg.....
 Vaseline pure 5 drachmes

M. s. a.

Kaposi conseille :

Précipité rouge 3 grains.
 Onguent émollient..... 2½ drachmes.

M. s. a.

On a aussi préconisé :

Acétate de plomb..... 5 grains.
 Axonge fraîche 6 drachmes.

M. s. a.

Précipité blanc..... }
 Huile de bouleau..... } à 2 grains.
 Vaseline blanche..... 8 gr.

M. S. A.

c.—Eczémats de la barbe et des sourcils.

Ils sont tout particulièrement tenaces et les auteurs ne s'accordent guère sur la conduite à suivre. On commencera toujours par couper la barbe ras aux ciseaux, puis on nettoiera les parties malades avec des pulvérisations et des lotions. Notre excellent et très honoré maître, M. le Dr E. Besnier, conseille ensuite de pratiquer l'épilation régularisée par séries, répétée pendant plusieurs semaines, pendant

plusieurs mois s'il le faut. En même temps il faut faire des pulvérisations, et il se sert comme topiques soit de caoutchouc, soit de cataplasmes de fécule. Pour terminer la guérison, il emploie la pommade de Héb'ra dont nous avons donné plus haut la formule.

D'autres dermatologistes, après avoir longtemps pratiqué l'épilation, ont fini par l'abandonner. Ils font faire des pulvérisations et font appliquer alternativement des cataplasmes de fécule et des emplâtres ou des pommades irritantes. M. le Dr E. Vidal, dans les cas où les folliculites sont nombreuses et ont déterminé la formation d'un sycosis, est allé jusqu'à prescrire son emplâtre rouge dont voici la formule :

Minium	40 grains.
Cinabre	25 "
Diachylon	7 drachmes.

P. S. A. Un sparadrat.

Il en a parfois obtenu de bons effets, parfois aussi il a déterminé ainsi l'apparition de poussées inflammatoires trop intenses. On arrive, dans quelques cas, à avoir de réelles améliorations en employant pendant la nuit des cataplasmes de fécule et pendant le jour du glycérolé cadique, et surtout de la pommade au turbith minéral.

Turbith minéral.....	15 grains.
Vaseline pure	5 drachmes.

Les pommades suivantes au soufre dont on se sert aussi dans les eczémas avortés du cuir chevelu, peuvent donner les résultats à la dernière période des eczémas de la barbe et dans leurs formes superficielles.

Soufre précipité.....	de 1 à 2½ drachmes.
Vaseline pure.....	1½ once.

M. S. A.

Soufre précipité.....	75 grains.
Beurre de cacao	2½ drachmes.
Huile de ricin.....	2½ onces.
Baume du Pérou.....	q. s.

E. S. A.

E. VIDAL.

Lorsque l'eczéma de la barbe est trop rebelle et s'accompagne d'indurations profondes du derme, M. le Dr E. Vidal conseille de le scarifier ; on pratique alors soit des ponctions, soit des incisions linéaires quadrillées. Ce procédé détermine presque à coup sûr une amélioration notable et rapide. Je proteste, en terminant ce petit chapitre, contre ce qui me paraît être une erreur de pathologie, et qui consiste à faire rentrer toutes les folliculites agminées et tous les sycosis non parasitaires de la barbe dans l'eczéma. Il y a là un abus qui tient à la

difficulté très réelle que l'on a parfois à distinguer ces deux affections qui se combinent souvent ensemble. Une étude précise et approfondie de ce point de la dermatologie serait utile.

d.—**Eczémas de la lèvre supérieure.**

La même confusion se rencontre dans les auteurs à propos de la lèvre supérieure. Dans certains cas, à la suite d'irritations répétées, causées surtout par des écoulements incessants provenant des fosses nasales, la partie médiane de la lèvre s'enflamme, prend un aspect eczémateux ; peu à peu le processus gagne en profondeur et s'étale, les tissus s'infiltrent et se tuméfient, et l'on se trouve alors en présence de la lésion à laquelle on a donné le nom d'impétigo sycosiforme de la lèvre supérieure, et que la plupart des auteurs rangent dans l'eczéma. Le véritable eczéma de la lèvre supérieure, eczéma indépendant de l'eczéma des narines ou des corysas chroniques, se traite comme l'eczéma de la barbe (voir ci-dessus), seulement M. le Dr E. Besnier insiste beaucoup sur l'utilité pratique d'une bandelette de caoutchouc recouvrant la lèvre et maintenue par des cordons noués derrière la tête. Quand il s'agit d'impétigo sycosiforme nettement caractérisé par l'épaississement des parties malades, il faut d'emblée, dès que les surfaces atteintes sont nettoyées, pratiquer des scarifications profondes, ainsi que le recommande M. le Dr E. Vidal.

Les eczémas du pubis doivent être traités d'après les mêmes principes que les eczémas de la barbe.

c.—**Eczémas des narines.**

Il semble que les eczémas des narines ne devraient pas être rangés dans le groupe des eczémas des régions pilaires ; nous les y faisons rentrer cependant, car leur résistance au traitement tient presque toujours à l'inflammation des follicules pileux (vibristes) de ces régions. M. le Dr E. Besnier conseille de faire des lotions avec de l'eau ferro-cuivreuse de Saint-Christau, ou bien avec une solution de sulfate de cuivre au deux millième ; puis il fait mettre dans les narines des boulettes de coton imprégnées de :

Onguent dyachylon	} à parties égales.
Huile d'olive.....	

Hebra se sert de la même manière de plumasseaux de charpie imbibés de glycérolé suivant :

Sulfate de zinc pulv.....	10 grains.
Hydrolat de laurier cerise.....	75 grains.
Glycérine.....	2½ drachmes.

M. S. A.

On épilera, si l'on voit que l'eczéma se complique de folliculites ; on fera des lotions avec l'eau de son boriquée, puis on mettra avec un blaireau sur toutes les parties malades, de la pommade au précipité jaune au vingtième. La pommade suivante rendra des services :

Précipité blanc.....	30 grains.
Lanoline	1 once.
Axonge.....	45 grains.

M. S. A.

Neumann a conseillé de mettre dans les narines les suppositoires suivants :

Beurre de cacao.....	15 grains.
Oxyde de zinc.....	3 grains.

F. S. A.

Les fissures rebelles des narines et de la muqueuse nasale guérissent assez souvent par de simples cautérisations au nitrate d'argent.

II. Eczémas des oreilles.

Je n'ai rien à dire de particulier au sujet des eczémas du pavillon de l'oreille ; pour les eczémas du conduit auditif, quand ils sont à la période aiguë, on fait faire des fumigations, puis on met dans le conduit une mèche aussi épaisse que possible trempée dans de la glycérine ou dans de l'infusion de tête de camomille ou de fleurs de sureau, et l'on recouvre avec un cataplasme de fécule de pomme de terre un peu mou. A une période ultérieure, on emploie les lotions à l'eau boriquée et les pommades boriquées, puis les insufflations d'acide borique. Quelques otologistes conseillent même, dans les cas d'eczéma rebelle, des injections avec une solution de nitrate d'argent, mais ce procédé nous paraît bien violent.

III. Eczémas des lèvres.

Les eczémas des lèvres sont fréquents chez les enfants : ils prennent parfois la forme chronique ; et alors ils sont d'une désespérante tenacité qu'expliquent les mouvements incessants des parties malades et les contacts irritants presque continuels auxquels elles sont exposées. Ils s'observent aussi chez les grandes personnes. M. le Dr E. Besnier recommande beaucoup d'employer une bandelette de caoutchouc de 6 à 8 centimètres de long sur 3 à 5 centimètres de large, que l'on fend à sa partie moyenne sans rien enlever du tissu, et que l'on attache par un double système de cordons en arrière de la tête. — Kaposi conseille de faire, dans les cas rebelles, des cautérisations répétées avec une solution concentrée de potasse. On peut aussi se servir,

pour donner des poussées artificielles, de pommade au goudron, de solution de nitrate d'argent, etc., après quoi on emploie du cold-cream, du glycérolé d'amidon, etc., pour calmer.

Chez les enfants, M. le Dr E. Vidal, prescrit la pommade suivante :

Beurre de cacao.....	1 drachme.
Huile d'amandes douces	15 grains.
Acide tartrique	5 à 10 grains.

S'ils sont nettement strumeux, on remplace l'acide tartrique par le précipité jaune.

Beurre de cacao	1 drachme.
Huile d'amandes douces	15 grains.
Précipité jaune (oxyde jaune d'Hg).	5 grains.

M. s. r.

S'il s'agit simplement de gerçures rebelles des lèvres, on essaiera la formule suivante :

Tannin	10 à 15 grains.
Huile de bouleau.....	2 gouttes.
Beurre de cacao.....	2½ drachmes.
Huile de ricin.....	75 grains.

M. s. a.

IV. Eczémas de la face.

Je renvoie pour les eczémas de la face au traitement général des eczémas chroniques. Je donnerai seulement la formule de la pommade au précipité jaune, que M. le Dr E. Vidal emploie maintenant avec succès dans quelques cas d'impétigo et d'eczéma impétigineux du visage et des oreilles.

Glycérolé d'amidon	1 once.
Huile de cade vraie.....	75 grains.
Précipité jaune (oxyde jaune Hg).....	15 grains.

M. s. a.

Cette pommade est colorée ; dès que l'éruption est sèche, il prescrit la suivante qui est moins visible :

Cérat sans eau.....	5 drachmes.
Précipité jaune (oxyde jaune de Hg)	15 grains.

M. s. a.

V. Eczéma circiné du thorax ou eczéma séborrhéique.

On sait que chez certaines personnes, chez celles surtout qui portent de la flanelle, il se développe à la région presternale et parfois dans le dos, entre les deux omoplates, de petits éléments rouges, circonscrits, à bords nets et comme dessinés à l'emporte-pièce, ayant un faux air lichénoïde ou acnéique. Cette dermatose, qui coïncide presque toujours avec une lésion séborrhéique, parfois figurée, du cuir chevelu, est probablement due à des altérations de la sécrétion des glandes

sébacées. Bazin l'a appelée eczéma acnéiforme du sternum, quelques Anglais l'ont désignée sous le nom de *lichen annulatus serpiginosus* : elle a été rangée parmi les eczémas sous le nom d'eczéma circiné de la poitrine ou d'eczéma flanelle, ou mieux d'eczéma séborrhéique. Nous devons donc en dire un mot, bien que nous en fassions une affection à part, et que dans notre esprit elle doit surtout être rattachée aux altérations des glandes sébacées.

Pour faire disparaître cette éruption il suffit le plus souvent, comme l'indique M. le Dr E. Besnier dans ses cliniques, de savonner la partie malade matin et soir avec du savon peu irritant, de poudrer ensuite avec de la poudre d'amidon, puis d'interposer un linge en toile fine et usée entre la flanelle et la peau. Les bains sulfureux peuvent aussi donner de bons résultats.

Je suis arrivé à blanchir très rapidement des malades chez lesquels ces lésions étaient très étendues, en les faisant laver avec une solution de sublimé au millième, puis en leur faisant mettre sur les parties malades, soit du glycérolé au tannin et au calomel, soit de la pommade au turbith au vingtième. Ils doivent continuer à porter pendant longtemps un morceau de toile fine interposé entre la flanelle et la région où se trouvait l'éruption.

VI. Eczémas du mamelon et du sein.

Il ne faut pas confondre les eczémas chroniques du mamelon avec la maladie de Paget du mamelon, variété d'épithélioma superficiel qui débute par une longue période eczématiforme, mais que caractérisent son unilatéralité, des bords nettement coupés à l'emporte-pièce, une surface d'un rouge vif uniforme et de la rétraction du mamelon. Il est assez souvent nécessaire d'employer des modifications énergiques dans les eczémas chroniques du mamelon ; j'ai vu réussir la pommade à l'acide pyrogallique :

Acide pyrogallique..... 15 à 30 grains.

Axonge fraîche ou vaseline.. 5 drachmes.

M. s. a.

puis on calme avec des cataplasmes, le bonnet de caoutchouc, ou des compresses trempées dans de l'eau boriquée et recouvertes de taffetas gommé. A Vienne, on emploie surtout les solutions de potasse, les applications de savon noir et d'onguent diachylon, enfin le collodion au sublimé.

Nous n'avons rien de particulier à signaler pour les eczémas de l'ombilic, ni pour ceux des plis articulaires.

VII. Eczémas des parties génitales, du périnée et de l'anus.

Tout ce que nous avons dit dans les généralités sur le traitement des eczémas chroniques, s'applique à cette localisation si fréquente : c'est ici surtout qu'il faudra s'armer de patience, calmer d'abord, puis donner des poussées aiguës, soit avec des préparations d'huile de cade, soit avec des solutions de nitrate d'argent, etc.

Dans les eczémas du scrotum, un large suspensoir peut être utile pour maintenir les pansements, caoutchouc, cataplasmes, pommades et poudres : mais d'une manière générale on peut dire que, pour rendre commodes et pratiques les pansements dans les eczémas du podex, rien ne vaut le caleçon de bain. Dans les eczémas du vagin et de la vulve, qu'entretiennent si souvent les sécrétions utérines, M. Hillairet emploie avec succès des cataplasmes de fécule de pomme de terre en forme de spéculum. M. le Dr E. Vidal, recommande d'introduire dans le vagin avec un spéculum, quand c'est possible, des tampons d'ouate en queue de cerf-volant dont les trois premiers ont été trempés dans le liniment suivant :

Baume de Gurjum (Wood oil)..... 1 partie.

Eau de chaux médicinale 2 "

M. s. a.

Les autres tampons sont roulés dans de la poudre de talc ; on fait un pansement par jour.

C'est surtout dans ces régions, parties génitales chez la femme, scrotum et marge de l'anus chez l'homme, que l'eczéma s'accompagne d'un prurit réellement intolérable. L'acide cyanhydrique, le sublimé au 1,000^e parfois au 5,000^e, associé à un demi-millième de chlorhydrate d'ammoniaque, le chloral, l'eau blanche, les solutions d'acide phénique, d'acide acétique, de chlorate de potasse laudanisé (chlorate $\frac{3}{4}$ oz. laudanum, 1 oz. eau, 2 lbs), ou de chlorhydrate de cocaïne sont les lotions les moins mauvaises contre ces démangeaisons. Outre les pommades que nous connaissons déjà à l'acide tartrique, à l'acide phénique, on pourra essayer les formules suivantes :

Acide salicylique..... 15 grains.

Bismuth..... 30 "

Vaseline..... 1 $\frac{1}{2}$ once.

M. s. a. (Hardy).

Chlorhydrate de morphine..... 4 grains.

" de cocaïne..... 10 "

Oxyde de zinc pulvérisé..... 30 "

Vaseline pure..... 5 drachmes.

M. s. a.

Chlorhydrate de morphine.....	4 grains.
“ de cocaïne.....	10 “
Acide salicylique.....	15 “
Oxyde de zinc pulv. ou sous-nitrate de bismuth pulv.....	30 “
Vaseline.....	60 “
Lanoline.....	½ once
M. S. A.	
Chlorhydrate de cocaïne.....	10 grains.
Huile de cade vraie.....	10 “
Glycérolé d'amidon à la glycérine neutre.....	5 drachmes.
M. S. A.	

On comprend que l'on puisse modifier ces pommades à l'infini : le glycérolé tartrique additionné de cocaïne m'a parfois donné des résultats. Dans les cas les plus rebelles, les badigeonnages avec une solution forte de nitrate d'argent m'ont paru très efficaces ; quand ces eczemas s'accompagnent de fissures, M. le Dr E. Vidal fait faire tous les jours un badigeonnage avec le baume du commandeur.

Enfin on pourra employer des suppositoires calmants anaux ou vaginaux : on y incorporera soit de la belladone, soit de l'opium, soit de la cocaïne ; la formule suivante est excellent :

Chlorhydrate de cocaïne.....	1 grain.
Extrait thébaïque.....	1 “
Oxyde de zinc pulv.....	3 “
Beurre de cacao	45 “

M. s. a. Un suppositoire

Après la guérison d'un eczéma des parties génitales ou du périnée, les malades doivent, pendant longtemps encore, prendre des soins minutieux de propreté, poudrer les téguments malades matin et soir, et les recouvrir de linges en toile fine et usée, séparant l'une de l'autre les parties voisines.

On sait que les inflammations eczématiformes des organes génitaux chez la femme, du prépuce et du gland chez l'homme, doivent toujours faire songer à la possibilité du diabète. Ces diabétides génitales si bien étudiées par notre maître, M. le professeur Fournier, sont fort rebelles ; elles sont entretenues par un champignon parasite : on arrive cependant à en triompher par le traitement général, et surtout par des soins de propreté exagérés, des lotions, des pommades, des poudres antiseptiques, au bicarbonate de soude, à l'acide borique, à l'acide salicylique, à l'acide phénique ou sublimé, etc.

VIII. Eczémas des membres inférieurs.

On emploie beaucoup le caoutchouc dans l'eczéma des membres inférieurs. Mais il faut bien savoir que les cataplasmes ou que l'enveloppement avec de la tarlatane trempée dans des solutions boriquées et recouvertes de taffetas gommé ou de gutta percha laminé sont presque toujours aussi efficaces. Le repos au lit, la jambe étendue est nécessaire, et si le processus morbide s'est accompagné de tuméfaction et d'infiltration lardacée pachydermique des téguments, il faut employer la compression méthodique avec la bande élastique en caoutchouc.

C'est dans les eczémas chroniques des jambes que l'on fait le plus souvent usage des emplâtres à la glu de Beslier, des emplâtres blancs de Hebra ou du Dr E. Vidal : nous en avons donné plus haut les formules.

IX Eczémas des mains et des pieds.

Dans les eczémas chroniques des extrémités caractérisés par de la rougeur des téguments et des vésicules plus ou moins volumineuses, on suivra les préceptes généraux que nous avons formulés. Les divers auteurs recommandent beaucoup dans ces cas l'usage de gants et des bas de caoutchouc. Le malade prendra des manulves et des pédiluves fréquents avec une décoction tiède appropriée au cas particulier ; il ne se servira que d'eau ayant bouilli et jamais de savon pour se laver les mains et les pieds.

Dans les eczémas chroniques des extrémités, caractérisés par une desquamation sèche avec épaissement de l'épiderme de la face plantaire des pieds, cas qui sont des faits de transition entre l'eczéma vrai et la kératodermie symétrique des extrémités, affection que certains auteurs rangent également dans le groupe eczéma, le traitement devient particulièrement difficile. Les pommades ordinaires ne donnent presque jamais d'amélioration. On peut commencer par ramollir les couches cornées de l'épiderme avec du caoutchouc ou mieux avec des cataplasmes de fécule de pommes de terre : après quoi on prescrira des frictions avec du savon mou de potasse ou du savon à l'acide salicylique. Si l'éruption semble ne pas se modifier, on emploiera les applications d'emplâtres de savon noir, que l'on préparera en étendant sur un morceau de flanelle du savon noir ramolli avec un peu d'esprit de vin et formant une couche uniforme de l'épaisseur du dos d'une lame de couteau. On laisse cet emplâtre pendant toute la nuit en contact avec la partie malade : on l'enlève le lendemain matin, on savonne en s'efforçant de détacher le plus possible d'épiderme corné, puis on recommence jusqu'à ce que les téguments soient lisses ou enflammés. On peut alors faire des applications de pommades.

Kaposi conseille de cautériser ces eczémas calleux avec l'acide acétique ou citrique, puis de les ramollir en les recouvrant de baudruche ou de traumaticine (gutta-percha, 10, pour chloroforme, 90).

Le mélange formulé par M. le Dr Lallier, de savon vert, d'huile de cade et de soufre à parties égales, rendra des services dans ces cas.

Les préparations d'acide salicylique, pommades fortes, emplâtres au dixième ou au vingtième, collodion à l'acide salicylique au dixième, savon salicylé, m'ont parfois donné des résultats satisfaisants. Dans les cas rebelles, l'emplâtre rouge et l'emplâtre de Vigo peuvent être utiles pour essayer de provoquer un peu d'inflammation substitutive.

Rien n'est plus difficile à modifier que les eczémas des ongles : lorsqu'ils s'accompagnent de productions cornées exagérées, on peut essayer de les combattre par des badigeonnages fréquents avec une solution au cinquième d'acide salicylique dans l'alcool et par des applications d'emplâtre à l'acide salicylique. L'occlusion avec un gant de caoutchouc, les pommades au goudron et à l'huile de cade sont les moyens les plus employés.

Je ne parlerai point de l'eczéma des muqueuses : j'ai déjà dit quelques mots de celui de la vulve, de l'anus, du vagin, et de la conjonctive ; celui des fosses nasales se traite d'après les principes généraux sur lesquelles nous avons tant insisté, celui de la bouche par des émoullients et par l'eau de Vichy.

Chez les enfants, on doit suivre les mêmes règles que chez les adultes, mais agir avec encore plus de précautions. Toutefois il faut bien savoir que, chez ceux qui sont nettement strumeux, les lotions à l'eau de feuilles de noyer réussiront souvent, et que les pommades faibles au précipité jaune et à l'huile de cade seront dans beaucoup de cas bien supportées. Chez les nouveaux-nés, il sera nécessaire de surveiller avec le plus grand soin le régime de la nourrice.

DR L. BROCCQ, *médecin des hôpitaux.*

(*In Rev. Gén. de Clinique et de Thérapeutique.*)

ANESTHÉSIE GÉNÉRALE.

L'anesthésie générale est entrée dans la pratique journalière, c'est pourquoi nous croyons être utile à nos lecteurs en leur donnant sur ce sujet à la fois grave et délicat, la leçon suivante tirée du magnifique traité (1) de médecine opératoire que vient de publier Léon Le Fort, de l'Académie de Médecine et l'un des maîtres de la science française.

L'éther, le chloroforme, et, dans ces derniers temps, le protoxyde d'azote, ont été les principaux agents anesthésiques employés ; nous

(1) MANUEL DE MÉDECINE OPÉRATOIRE de J. F. Malgaigne, neuvième édition par LÉON LE FORT, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine. 2 vol. in-8. FÉLIX ALCAN, éditeur, Paris, 1888. Cadieux et Derome, libraires, Montréal. Prix : \$4.00.

pouvons y joindre comme succédanés : l'amylène, le bichlorure de méthylène, le kérosolène et toute la série des éthers acétique, chlorhydrique, nitrique, l'aldéhyde, le bisulfure de carbone, etc.

L'éther a été exclusivement employé au début de la pratique de l'anesthésie ; mais son extrême volatilité, son odeur pénétrante, susceptible de gêner l'opérateur et les assistants, obligeaient de se servir d'appareils spéciaux d'inhalation.

Aussi, lorsque Simpson en 1847, eut substitué à l'éther, le chloroforme, découvert depuis 1831 en France par Soubeiran, le nouvel anesthésique moins volatil, moins odorant, moins inflammable et n'exigeant pas d'appareils spéciaux se substitua-t-il généralement à l'éther. Il y a quelques années le nombre assez considérable de cas de mort pendant l'anesthésie chloroformique engagea quelques chirurgiens à revenir à l'usage de l'éther ; mais comme l'agent anesthésique employé n'a, ainsi que nous le verrons, presque aucune influence sur l'apparition des accidents, comme les cas de mort par l'éther sont relativement aussi nombreux que par le chloroforme, c'est toujours ce dernier anesthésique qui est généralement employé.

Toutefois, comme le chloroforme a par lui-même des inconvénients que ne possèdent pas d'autres agents, en particulier le méthylène, le choix de l'anesthésique à employer n'est pas encore établi sans contestations.

L'anesthésie chirurgicale soulève de nombreuses questions de pratique qu'il nous faut examiner avec la concision que comporte le plan de ce manuel. La plus grave est celle de la mort survenant pendant l'anesthésie. En 1852, Sédillot prononçait ces imprudentes paroles : *Le chloroforme pur et bien employé ne tue jamais.*

C'était accuser dans le passé et dans l'avenir les chirurgiens perdant des malades pendant l'anesthésie ; mais en leur laissant heureusement la possibilité d'invoquer une circonstance atténuante : l'impureté du chloroforme. En 1882, devant l'Académie de médecine, Gosselin aggravait encore l'imprudencence de Sédillot en disant : " Le chloroforme, même légèrement impur, ne donne pas la mort lorsqu'il est bien administré."

Assertion singulière, car il est peu probable que Gosselin ait donné de propos délibéré du chloroforme impur. Il est vrai que Gosselin proposait un moyen héroïque d'éviter les accidents, c'était de faire alterner 113 inspirations de chloroforme, avec 28 inspirations d'air pur, oubliant sans doute que les intermitences sont forcées lorsqu'on se sert de la compresse, puisqu'on l'enlève de temps en temps pour y verser de nouvelles doses de chloroforme. Du reste il est probable que ce moyen n'avait pas la consécration d'une longue expérience, puisque

Gosselin dans sa *Clinique chirurgicale*, publiée quelques années avant, rapporte deux observations personnelles de mort pendant l'anesthésie, une fois avec le chloroforme, une fois avec l'éther.

Depuis, Paul Bert, d'après des vues théoriques et quelques expériences sur les animaux, a cru à l'innocuité parfaite d'un mélange titré d'air et de chloroforme, ignorant sans nul doute qu'il ne faisait que reproduire la méthode de Clover qui compte malheureusement cinq décès au moins, dont l'un dans la pratique de Clover lui-même. Le même physiologiste avait cru, il y a quelques années, rendre l'inhalation de protoxyde d'azote tout à fait innocente en l'opérant sous pression.

Avant de poser les règles de l'administration des anesthésiques, et en particulier du chloroforme qui est l'agent le plus généralement employé, je dois étudier rapidement les dangers qui accompagnent l'anesthésie générale, puisque la connaissance de ces dangers peut seule nous donner les moyens de les éviter dans la mesure du possible. Perrin, Snow, Kidd, Sabarth, Kappeler ont publié des statistiques mortuaires de l'anesthésie. Elles nous prouvent tout d'abord que la mort a suivi l'emploi de tous les agents anesthésiques : éther, chloroforme, protoxyde d'azote, amyène, etc. Elles nous prouvent aussi que le nombre des cas mortels est minime par rapport au nombre des chloroformisations ; mais que cette fréquence est assez irrégulière pour qu'on ne puisse donner, quant au nombre relatif des cas mortels, qu'une présomption fort approximative.

Les relevés donnés par Richardson pour 14 hôpitaux d'Angleterre, montrent que pour un seul hôpital, suivant certaines périodes, la proportion a varié d'un cas de mort sur 1250 jusqu'à un cas sur 17000 chloroformisations.

D'après d'autres relevés de Ker la proportion n'aurait atteint d'autres fois que un sur 36000. Billroth n'a eu son premier mort qu'après 12500 anesthésies, König n'en a pas eu sur 7000 malades et Nussbaum a eu le même bonheur sur 15000. Il ne faut attacher qu'une importance relative à ces évaluations chiffrées ; mais elles prouvent toutefois que les cas mortels sont certainement rares et combien il est illogique d'oser déclarer qu'on a enlevé tout danger à l'anesthésie par tel ou tel agent, telle ou telle précaution, parce qu'on a expérimenté sur le chien ou le lapin, ou endormi sans accidents une vingtaine, ou même une centaine de malades.

C'est en les intoxiquant ou en les asphyxiant qu'on tue les animaux anesthésiés ; l'homme succombe à des causes physiques, à des secousses morales auxquelles échappent le chien ou le chat. N'oublions pas, en effet, que des malades ont succombé, en dehors de toute anes-

thésie, à des syncopes amenées parfois par la frayeur seule de l'opération, ou de simulacres d'anesthésie.

Quand on compte par centaines de mille les anesthésies pratiquées sur l'homme, quand on compte par centaines les cas de mort ou d'accidents, c'est sur l'expérience clinique qu'il faut s'appuyer et non sur quelques expérimentations faites sur des animaux divers.

J'ai relevé, j'ai lu et médité presque toutes les observations des cas mortels publiés par les recueils périodiques, et c'est d'après cette étude que je crois pouvoir établir la cause et le mécanisme des accidents et conseiller quelques règles pour les rendre aussi rares que possible. Le chloroforme, comme tous les anesthésiques, peut tuer par empoisonnement, par asphyxie, par syncope cardiaque ou respiratoire.

1. Empoisonnement ou asphyxie par inhalation d'une trop grande quantité de chloroforme.

Il n'est pas douteux que la mort ne puisse être le résultat d'une inhalation trop prolongée d'une grande quantité de chloroforme, soit par l'action toxique de la vapeur, soit parce qu'on a empêché le mélange de la vapeur anesthésique avec une quantité suffisante d'air atmosphérique. Je ne connais qu'un seul cas où le chloroforme ait été employé pour commettre un meurtre. Le meurtrier, dentiste à Berlin, en proie au désespoir causé par la misère, tua dans une auberge de Potsdam sa femme et ses deux enfants, l'un âgé de huit ans, l'autre de dix, par des inhalations de chloroforme et se suicida ensuite par le même moyen. Dans un certain nombre de cas, observés surtout en Angleterre, le chloroforme a servi au suicide de médecins ou d'étudiants en médecine ; dans d'autres, les docteurs Adams (Glasgow), Coates Lynn (Newcastle), et plusieurs étudiants à Londonderry, Sheffield, Londres, Sherness, ont succombé pendant qu'ils s'administraient à eux-mêmes le chloroforme soit à titre d'expérimentation, soit comme traitement de diverses névralgies. Le même accident mortel est survenu dans les mêmes circonstances à des personnes étrangères au corps médical. Je crois qu'on peut admettre comme possible que des malades aient succombé par excès de chloroformisation ou par mauvaise administration de l'agent anesthésique dans les premières années de la découverte de l'éthérisation ; mais il faut reconnaître qu'aujourd'hui cette cause de mort est peu à redouter, pourvu que l'on prenne la précaution de *laisser arriver une quantité suffisante d'air atmosphérique mêlé aux vapeurs et de s'arrêter à temps dans l'emploi de l'agent anesthésique.*

2. Asphyxie par spasme de la glotte.

Pendant la période d'excitation, au moment où le malade se débat entre les mains des assistants, on a vu plusieurs fois le patient s'asseoir brusquement sur son séant, les yeux fixes, hagards, largement ouverts, la face bleuâtre, comme cyanosée, puis retomber brusquement en arrière dans cet état de résolution qui caractérise la mort. Dans ces cas, on trouve toujours noté dans les observations (où les phénomènes morbides sont indiqués) que la respiration s'arrête, mais que le cœur continue à battre pendant un temps plus ou moins long. A l'autopsie on retrouve les poumons gorgés de sang spumeux, noirâtre, et les phénomènes cadavériques de l'asphyxie. La cause de la mort, survenue toujours alors dans la période d'excitation, paraît être un spasme convulsif des muscles du larynx s'opposant au passage de l'air. Dans le cas où cet accident se produirait, il faudrait amener brusquement la révulsion que cause sur tout l'organisme le jet sur la face d'un verre d'eau froide, la fustigation faciale ou thoracique avec une compresse mouillée, un soufflet vigoureusement appliqué, moyen thérapeutique, non inscrit au Codex, mais qui a l'avantage d'être toujours sous la main du chirurgien.

3. Asphyxie par rétrocession de la langue.

Pendant la période de résolution, la respiration, devenue bruyante, se traduit par des ronflements plus ou moins sonores ; mais parfois ces ronflements changent de caractère, deviennent du stertor et le bruit respiratoire cesse tout à coup en même temps que la face pâlit ; ou au contraire, ce qui est plus fréquent, prend une teinte cyanosée. Cet accident est dû à la rétrocession de la langue dont la base vient appuyer sur l'ouverture supérieure du larynx en renversant sur elle l'épiglotte. Le meilleur moyen, le seul même complètement efficace, consiste à saisir la pointe de la langue avec une pince, et à la tirer hors de la bouche.

4. Syncope cardiaque.

La mort est rarement survenue par les causes que nous venons d'examiner, elle est au contraire assez fréquente par syncope cardiaque, et lorsqu'on prend la peine de lire et d'étudier les nombreuses observations publiées, on voit que la syncope est survenue dans des conditions diverses qu'on peut ramener à cinq principales.

A. Avant l'invention des anesthésiques, la mort par syncope est assez souvent survenue pendant les opérations et même avant le début de l'opération, de telle sorte qu'on ne peut guère l'attribuer qu'à la

frayeur, à une émotion morale vive, et non à la douleur et encore moins à l'hémorrhagie. La syncope peut aussi survenir tout à fait au début de la chloroformisation, sans qu'on puisse attribuer la mort à l'administration de l'agent anesthésique, puisqu'on l'a observée alors que le malade n'en avait pas encore respiré les vapeurs.

B. Ce qui est plus fréquent, c'est de voir la chloroformisation déterminer une syncope chez un malade déjà extrêmement faible, assez même pour qu'on redoute pour lui l'ébranlement que causerait la douleur de l'opération. Je crois donc que dans un état d'extrême faiblesse ou d'anémie très prononcée il vaut mieux s'abstenir des anesthésiques.

C. La syncope peut survenir par le fait de la douleur causée par l'opération, alors même que l'anesthésie est à peu près complète. Je suis obligé d'entrer ici, très exceptionnellement, dans des considérations théoriques que j'abrègerai le plus possible. Un homme ivre peut, pendant son ivresse, commettre des actes délictueux dont il a perdu tout souvenir lorsqu'il se réveille du sommeil qui suit toujours l'excès des alcooliques. L'anesthésié ne sait pas au réveil ce qui lui a été fait, car il n'a pas eu la perception nette de ses souffrances et de leurs causes ; mais l'économie a ressenti l'ébranlement causé par la douleur. Ainsi, le malade est immobile, endormi, ou bien il s'agite un peu, parle ou chante, pendant que le bistouri sectionne les muscles, le tissu cellulaire ; mais que l'instrument atteigne un nerf, le chirurgien entend alors un cri, une plainte, qui cessent aussitôt ; et cependant, le malade réveillé ne sait même pas qu'il est opéré. Cette douleur dont le malade, comme être pensant et réfléchissant n'a pas eu conscience, n'a-t-elle pas pu ébranler le système nerveux assez pour amener une syncope ? Je le crois, et quelques faits tendent à le prouver. C'est au moment où le bistouri a porté sur un nerf, c'est au moment où l'opération a débuté, où la peau a été incisée, que le malade a pâli, que le pouls s'est arrêté et que la mort est survenue.

D. Il est à peine utile de parler du danger de la chloroformisation dans la station assise. Elle facilite singulièrement la syncope, et les nombreux cas de mort survenus entre les mains de dentistes jugent définitivement la question. Il faut de même s'opposer à ce que le malade, à peu près endormi, se relève sur son séant, comme beaucoup cherchent à le faire ; c'est dans un pareil mouvement qu'un chirurgien d'Exeter a vu survenir une syncope brusque et mortelle.

(A CONTINUER).

MEDECINE PRATIQUE

De l'ostéomyélite suraigüe.

Voici les résultats auxquels M. Kohts est arrivé :

1^o L'ostéomyélite aiguë primitive peut amener la mort en trente-six ou quarante-huit heures, à l'instar d'une maladie infectieuse pernicieuse.

2^o La douleur anormale du système osseux, sans altération locale appréciable et en l'absence de toute lésion, lorsqu'elle est accompagnée de fièvre infectieuse intense, est l'indice indubitable d'une ostéomyélite infectieuse primitive.

3^o Dans le cas dont l'auteur donne la relation détaillée, la porte d'entrée pour l'infection a été le poumon.

(*Deutsch. med. Wochenschrift*).

Transmission de la syphilis par le tatouage.

M. Grenville E. Moffet rapporte trois cas d'inoculation syphilitique survenue chez des militaires par le tatouage et suivie d'accidents généraux de peu de gravité. Des ulcérations de nature syphilitique se produisirent au niveau des tatouages, dues sans aucun doute aux aiguilles qui avaient servi à pratiquer cette petite opération sur une série de sujets. La période d'incubation paraît avoir été plus longue que d'habitude, circonstance favorable à la bénignité de l'infection. d'après Lancereaux.

Cependant les données précises sur la durée de l'incubation font défaut. L'auteur pense que la bénignité de l'affection dans les trois cas serait due principalement à cette circonstance que l'inoculation aurait eu lieu aux dépens de lésions secondaires. La question ne laisse pas de présenter de l'importance, vu le nombre considérable de soldats et de marins qui se font habituellement tatouer. (*The Lancet*).

La cocaïne dans le traitement des dermatoses et de la syphilis.

En badigeonnages répétés deux fois par jour, à la surface des eczémas aigus et subaigus, la solution de cocaïne à 2 pour 100 diminue le prurit. Elle est efficace surtout contre les prurits vulvaire et anal sous forme d'une pommade contenant cinq drachmes de lanoline pour 8 à 15 grains de cocaïne.

La pommade à l'oléate de cocaïne à 1 pour 100 soulage également les douleurs de l'herpès zoster. Elle rend les mêmes services comme

moyen préventif de la douleur quand on doit cautériser une surface malade avec le nitrate d'argent.

M. Lutzgarten la prescrit en suppositoires et à la dose d'un grain pour diminuer le ténésme rectal, en injections uréthrales de solutions de 2 pour 100 contre les érections douloureuses de la blennorrhagie.

(*Wien. med. Woch.*)

De la nature et du traitement de la conjonctivite granuleuse.

Dans une thèse soutenue l'année dernière, à Paris, M. Desormes, prenant pour point de départ le principe de la conjonctivite granuleuse, qui a été démontré par les travaux de Satler et d'autres observateurs, contagiosité due à la présence d'un microbe spécifique, conseille un traitement local et, en même temps, un traitement général. Le premier est dirigé contre l'agent infectant ; le second a pour but de mettre l'organisme en état de résister à cet agent. Tant que les granulations ne sont point arrivées à la période d'organisation, l'auteur emploie le glycérolé de sulfate de cuivre, au huitième. Une fois que le tissu cicatriciel est formé, le microbe reste entouré d'une sorte de coque fibreuse qui le soustrait à l'action du médicament. Il faudra, dans ce cas, après avoir insensibilisé la conjonctive au moyen de la cocaïne, toucher légèrement les granulations avec la pointe d'un pinceau humectée d'une solution très concentrée d'acide chromique. Le lendemain, la petite eschare qui s'est formée se trouve détachée, et l'on peut alors cautériser les paupières avec le glycérolé de sulfate de cuivre qui est, de cette façon, mis en contact avec le microbe. Il suffit de cinq à six cautérisations avec l'acide chromique pour obtenir une amélioration notable. On doit les pratiquer tous les quatre ou cinq jours.

On doit, en même temps, relever l'organisme au moyen des médicaments appropriés et d'une bonne alimentation. La station dans des lieux élevés est très favorable à la guérison, car on a observé que les granulations conjonctivales ne se développent plus à une certaine hauteur.

(*Rev. d'ophthalm.*)

Les bains salés dans les fièvres.

Le docteur Vavinomitch a fait un certain nombre d'expériences pour connaître la valeur des bains salés et des bains d'eau pure dans les fièvres typhoïdes, et formule ainsi ses conclusions.

Les bains salés abaissent la température plus que les bains ordinaires.

La différence dans la soustraction de chaleur est plus grande dans

la première demi-heure, diminue graduellement et est peu notable au bout de trois heures. Les bains du soir abaissent plus la température que ceux du matin.

Les bains salés ralentissent plus le pouls que les bains ordinaires.

Ils diminuent le nombre des respirations par minute, et rendent les efforts de respiration plus profonds et plus prolongés.

Les bains salés augmentent l'énergie musculaire à un plus haut degré que les bains ordinaires.

Les malades se trouvent mieux dans les bains salés et quand ils en sortent.

La différence entre les bains salés et les bains ordinaires en ce qui regarde le ralentissement du pouls et de la respiration n'est pas aussi marquée que semblerait l'indiquer l'influence puissante des bains salés sur l'activité fonctionnelle du cœur et des poumons. (*Medic. Record*).

FORMULAIRE THERAPEUTIQUE.

Rhumatisme aigu. (DR JOHN SPECHT)

Salicylate de soude 2 drachmes

Vin de semences de colchique 2 do

Sirop simple..... Q. S. ad. 4 oz.

Mêlez — Une cueillerée à thé toutes les heures.

Rhumatisme chronique. (DR JOHN SPECHT)

Iod. de potassium..... 4 drachmes

Teinture de cimicifuge 1½ do

Vin de semences de colchique. 2 do

Eau..... q. s. pour faire 4 onces

Mêlez.—Une cuillerée à thé dans un verre à vin d'eau trois fois par jour. Badigeonner les parties affectées avec teinture d'iode comp. ou de racine d'aconit.

Sirop contre la migraine. (DUJARDIN-BEAUMETZ)

Teinture de gelsemium..... 3 drachmes

Sirop simple..... 8 onces

Mêlez.—Une cuillerée à bouche 3 ou 4 fois par jour.

N. G. in *Union médicale de Paris*.

Vomissements de la grossesse.

Ingluvin2 drachmes
 Oxalate de cérium.....2 do
 Oxyde de zinc.....3 grains
 Poudre de pepsine.....3 drachmes

Mêlez. Divisez en douze prises égales.

Une prise trois fois par jour avant les repas.

Dyspnée cardiaque. (G. SÈR)

Teinture d'iode1 drach. et 15 gr.
 Sirop de raifort simple 5 onces
 Sirop diacode.....5 do

F. s. a. un sirop dont on prescrit trois cuillerées à café par jour dans la dyspnée d'origine cardiaque. On peut même doubler la dose. Le sirop de raifort masque la saveur de l'iode.—N. G., in *l'Union médicale de Paris*.

Furoncles. (COURRIER MÉDICAL)

Acide carbolique..... } àà ½ drachme
 Glycerine }

Une goutte sur le furoncle trois fois par jour.

A l'intérieur :

Sulfure de calcium.....¼ de grain
 Lacto-phosphate de chaux.....10 grains
 Eau 2½ drachmes

Mêlez. A prendre dans la journée.

Pilules anti-laitenses. (THERAPEUTIQUE CONTEMP.)

Limaille de fer porphyrisé42 grains
 Aloës du Cap.....1 drachme
 Poudre d'éponge torréfiée.....38 grains
 Ext. d'absintheQ. S.

Pour faire 90 pilules. Dose : 3 à 9 pilules matin, midi et soir, au repas.

Ces pilules sont particulièrement utiles lorsque le lait, d'ailleurs assez abondant, est séreux et qu'il y a un certain état de faiblesse et d'anémie concomitantes.

Convulsions des enfants. (J. SIMON)

Musc3 grains
 Camphre.....15 do
 Hydrate de chloral.....7 do
 Le jaune d'un œuf.
 Eau.....1½ once

Pour un lavement.

Traitement de la Phtisie. (DR SCHOLL)

Créosote.....	1 grain.
Iodoforme.....	$\frac{1}{2}$ "
Arséniate de soude.....	$\frac{1}{10}$ "
Cynoglosse	1 "
Benjoin et Magnésie.....	25 "

Pour une pilule. En prendre deux au milieu de chacun des deux principaux repas.

Formule de M. H. Huchard.

Créosote.....	} ââ 1 grain.
Iodoforme	
Pulv. Benjoin.....	
Baume de Tolu	

Pour une pilule.

Dose : Une à deux à chaque repas.

Sueurs des Tuberculeux.

Agaricine pure	10 grains.
Poudre de Dower	3 "
Racine de Gentiane.....	} ââ 1 drachme.
Mucilage de gomme.....	

F. S. A. 100 pilules.

Dose : Une pilule tous les soirs.

Migraine menstruelle. (DR CHÉRON)

Poudre Guarana.....	1 drachme.
Bicarbonate de soude.....	10 grains.

En un paquet.

A prendre dans un demi-verre d'eau avant le repas.

Douleurs pré-menstruelles.

Cocaïne.....	1 grain.
Chloral.....	18 "
Bromure d'ammoniac.....	18 "
Eau camphrée.....	1 once.

M. S. A.

A prendre en une fois en se couchant.

CHRONIQUE.

Encore un clou à enfoncer !

Un des auteurs du projet d'Acte médical est venu pleurer dans mon gilet ; il a fait plus, il m'a fait connaître son dépit sous la forme d'un reproche paternel *en apparence*. Il me dit comme cela, entre deux soupirs : *Au lieu de critiquer le projet d'Acte Médical, vous feriez bien mieux de faire des suggestions utiles ?*

Ma réponse sera courte.

A l'assemblée (de mai 1887) du Bureau des Gouverneurs, M. le Dr Ladouceur proposa la motion suivante : " que copie du projet d'Acte médical soit adressée à chaque médecin licencié de cette province." Le Bureau, par la voix de deux de ses officiers, repoussa cette résolution, *parce que cela coûterait trop cher*, etc., etc. C'était une fin de non recevoir, aussi le projet resta caché jusqu'à la dernière heure.

On prétendit que ces dépenses étaient légitimes, que la profession avait droit d'être informée, sinon consultée sur la manière dont on voulait légiférer à son adresse, rien n'y fit. Ces messieurs crurent pouvoir se passer des suggestions pratiques de la profession médicale ; ils présumèrent un peu trop, je crois, de leurs forces : ils firent ce projet dont ils rougissent aujourd'hui, et avec raison, bon Dieu !

Croyez-m'en, messieurs les bilieux exclusifs, vous n'avez guère bonne grâce à demander des lumières, vous qui croyiez à la toute-sagesse de vos plans. N'est-ce pas que ce que vous faites aujourd'hui s'appelle, en termes bibliques, revenir à son v.....

Soyons bons princes, avec le No de mars je termine ma critique du projet d'Acte médical et avec avril je ferai un chapitre des suggestions pratiques que vous appelez maintenant.

* * *

Je viens de recevoir le premier numéro d'une revue mensuelle médicale appelée *l'Electrothérapie*, journal d'électricité médicale, fondée et dirigée par le Dr Léon Danion, avec la collaboration scientifique de

MM. Sernbarth, professeur à Berlin.

Onimus de Paris.

Vigilio-Mochado de Lisbonne.

Vizioli, professeur à Naples.

De Watteville de Londres.

Weiss de Vienne.

Prix : 2 dollars.

Administration et rédaction, No 11, rue de Mogador, Paris.

Succès et longue vie à l'Electrothérapie.

* * *

The Brooklyn Medical Journal. Tel est le nom d'un nouveau journal de médecine publié à Brooklyn par un comité de médecins : MM. J. H. Raymond, A. Hutchison, G. R. Butlers, Jos. Hunt & Brid, Dr. Seyen.

Succès au nouveau confrère.

* * *

Je reçois d'un médecin du District de Joliette la lettre suivante que je publie intégralement.

MONSIEUR LE DR NOIR,

Veuillez m'accorder un tout petit espace pour vous dire que les médecins de cette partie de la province sont satisfaits de la prompte justice que vous avez faite du projet "d'Acte médical."

Le *Conseil* que l'on veut créer serait un jury de persécution, chargé de juger en dernier ressort les difficultés qu'il aurait lui-même suscitées ; c'est-à-dire juge et partie en la même cause. Je ne connais pas de pays où l'on se soumettrait à un pareil régime.

Il semble que le conseil devrait se contenter de surveiller l'exécution de la loi pour le plus grand bien de la profession en général. Les médecins de la campagne n'ont que faire des disputes d'écoles. Ils voient avec regret que ce projet de législation n'est qu'un prétexte, ou mieux un moyen de satisfaire certaines ambitions que je ne veux pas qualifier.

Jusqu'ici nous n'avons pas à nous louer de la manière dont les intérêts professionnels ont été traités par notre Bureau des Gouverneurs. Les charlatans de Montréal battent impunément la grosse caisse dans nos cantons et *font des cures merveilleuses* et nous sommes sans protection contre eux.

A propos de l'examen d'admission à la pratique, pourquoi les gouverneurs du Collège des Médecins ne sont-ils pas chargés de le suivre de près dans les diverses facultés ? On tirerait au sort les noms de quatre d'entre eux pour chaque faculté. Si l'examen ne semblait pas satisfaisant, ces messieurs auraient droit d'intervenir et de poser un certain nombre de questions aux aspirants.

En tout cas je fais cette simple suggestion pour le bénéfice des élèves et des médecins ; vous la prendrez pour ce qu'elle vaut.

En somme, le projet de législation approuvé à la hâte par le bureau nous semble, à mes amis et à moi-même, peu acceptable, et ne saurait être décentement proposé à l'approbation des membres de la Législature de Québec.....

Croyez moi,

Votre etc.,

UN MÉDECIN DU NORD.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE MENSUEL.

Clinique médicale.

- JACCOUD S.—*Leçons de cliniques médicales faites à l'hôpital de la Charité* ; 1 vol. in-8 avec figures et planches. \$3.75
- JACCOUD S.—*Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital Lariboisière* ; 1 vol. in-8 avec figures et planches. \$3.75
- TROUSSEAU A.—*Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris* ; 3 vol. in-8. \$8.00

Obstétrique.

- CORLIEU A.—*Aide mémoire de médecine, de chirurgie et d'accouchements* ; 1 vol. in-12 rel. toile. \$1.50
- CORRE A.—*Manuel d'accouchement et de pathologie puerpérale*, (1885) ; 1 vol. in-12 rel. toile avec 80 figures. \$1.50
- LUSK W. T.—*Science et art des accouchements* ; 1 vol. in-8, dernière édition. \$4.00

Médecine légale.

- HOFMANN.—*Nouveaux éléments de médecine légale*, avec figures ; 1 vol. in-8. \$3.50
- LACASSAGNE.—*Précis de médecine judiciaire* ; 1 vol. in-12, rel. toile. \$1.88
- LUTAUD A.—*Manuel de médecine légale* ; 1 fort vol. in-12, rel. toile (1886). \$2.13
- TAYLOR A. S.—*Traité de médecine légale* ; 1 vol. in-8. \$3.75

Maladies des femmes.

- ATTHIL L.—*Manuel des maladies des femmes* ; 1 vol. in-12 avec figures. \$1.25
- EUSTACHE G.—*Manuel pratique des maladies des femmes, médecine et chirurgie* ; 1 vol. in-12, (1881). \$2.00
- GUIBOUT.—*Traité clinique et pratique des maladies des fem.*, (1886) ; 1 v. in-8. \$1.50
- SNEGUIREFF.—*Hémorragies utérines, étiologie, diagnostic, traitement*, (1886) ; 1 vol. grand in-8. \$2.00
- BARNES A.—*Leçons sur les opérations obstétricales et le traitement des hémorragies* ; 1 vol. in-8. \$3.00
- JOZAN —*Traité pratique complet des maladies des femmes* ; 1 vol. in-12. \$1.25
- THOMAS G.—*Traité clinique des maladies des femmes* ; 1 vol. grand in-8 avec figures dans le texte. \$4.00

Maladies des enfants.

- ELLIS E.—*Manuel pratique des maladies de l'enfance*, (1884) ; 1 vol. in-12. \$1.25
- BLACHE ET GUERSANT.—*Extraits de pathologie infantile* ; 1 vol. in-8. \$2.00.
- D'ESPINE ET PICOT.—*Manuel pratique des maladies de l'enfance*, 3 édition ; 1 vol. in-12. \$1.75
- SIMON J.—*Conférences thérapeutiques et cliniques sur les maladies des enfants*, (1882) ; 1 vol. in-8. \$1.75
- WEST C.—*Leçons sur les maladies des enfants* ; 1 vol. in-8. \$3.00

MM. Cadieux et Derome, libraires à Montréal, se sont procurés tous les ouvrages qui paraissent dans notre *Bulletin Bibliographique mensuel*.