

## Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

Pagination continue.

- Coloured pages / Pages de couleur
- Pages damaged / Pages endommagées
- Pages restored and/or laminated /  
Pages restaurées et/ou pelliculées
- Pages discoloured, stained or foxed/  
Pages décolorées, tachetées ou piquées
- Pages detached / Pages détachées
- Showthrough / Transparence
- Quality of print varies /  
Qualité inégale de l'impression
- Includes supplementary materials /  
Comprend du matériel supplémentaire
  
- Blank leaves added during restorations may  
appear within the text. Whenever possible, these  
have been omitted from scanning / Il se peut que  
certaines pages blanches ajoutées lors d'une  
restauration apparaissent dans le texte, mais,  
lorsque cela était possible, ces pages n'ont pas  
été numérisées.

## GUIDE DU VACCINATEUR.

(Suite et fin.)

### Vaccin animal.

On entend par *vaccination* animale le procédé qui consiste à semer sur le ventre d'un jeune veau ou d'une génisse, a la partie postérieure et inférieure de l'abdomen, le *cow-pox* spontané, découvert sur le pis d'une vache laitière, ou le *horse-pox* spontané, recueilli sur les naseaux d'un cheval; à prendre, ensuite, vers le cinquième ou le sixième jour de l'éruption provoquée de ces pustules, le vaccin ou lymphé vaccinale qu'elles renferment, pour le transporter sur l'enfant, à l'effet de procéder à la vaccination. Cette culture successive et régulière du *cow-pox* ou du *horse-pox* spontanés, se fait ainsi sur le même terrain de la vache, sans migration préalable dans l'organisme humain. Le *cow-pox* ainsi produit artificiellement, présente, du reste, les mêmes avantages que le *cow-pox* spontané, et ses effets sont aussi puissants et aussi durables. D'autre part, il ne semble pas que l'animal inoculé souffre notablement: sa chair ne perd nullement de sa saveur, et le seul inconvénient est de lui faire perdre une certaine quantité de son poids, et un peu de sa valeur marchande.

La valeur préservatrice du vaccin animal n'est plus à démontrer; elle ne peut être contestée que par des adversaires systématiques, car il est impossible, la plupart du temps, aux personnes les plus expérimentées, de distinguer une vaccination faite avec du vaccin animal, d'une vaccination faite avec du vaccin jennérien.

Le choix de l'animal à inoculer n'est pas sans importance mais le sexe n'a aucune influence sur le résultat de l'opération. On prendra de préférence une génisse, à défaut un veau de forte constitution, les pustules vaccinales étant généralement d'autant moins développées que l'animal est moins bien portant. D'autre part, les premiers mois de l'existence (3 ou 4 mois), sont incontestablement préférables, parce qu'on est à peu près sûr que l'animal qu'on veut inoculer, n'a pas déjà été atteint de *cow-pox* spontané, ce qui diminuerait certainement les chances de succès.

La génisse inoculée peut être gardée dans une pièce quelconque, une écurie ou une étable ordinaire; les seules conditions sont que cette pièce soit bien aérée, et que l'animal repose sur une litière de paille fraîche. La nourriture doit se composer d'ordinaire de lait, d'œufs entiers et de pains asymes.

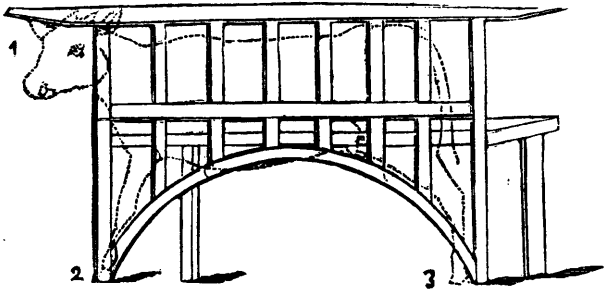


Fig. 4.

Pour inoculer une génisse, on la place sur une table en l'y attachant solidement, de façon à éviter les mouvements. On emploie aussi une sorte de claie mobile pouvant se placer à volonté horizontalement et verticalement. Cette claie étant d'abord en position verticale, la génisse, placée à côté d'elle et debout, est fixée solidement par la tête et les membres, puis on imprime à la claie un mouvement de bascule, et la génisse se trouve ainsi dans l'impossibilité de faire aucun mouvement qui puisse gêner l'opérateur (fig. 4).

Il est, alors, facile de pratiquer l'inoculation. Celle-ci se fait de préférence à la partie postérieure droite de l'abdomen, entre les trayons et les plis de l'aîne (fig. 5); la peau y est, en effet, non-seulement très fine, mais, en outre, cette région est plus que toute autre à l'abri du contact des corps étrangers. La peau est d'abord rasée sur une étendue de 10 centimètres de largeur et sur 15 centimètres environ de longueur. On peut raser, soit à sec, soit à l'aide de savon, à condition d'essuyer ensuite avec soin la mousse, qui pourrait empêcher le vaccin de prendre d'une façon efficace.

On pratique ensuite, soit des piqûres avec des lancettes chargées de vaccin, soit, ce qui est préférable, des incisions parallèles ou alternées, en recouvrant ces incisions de liquide vaccinal. Ces scarifications doivent être assez superficielles et laisser couler peu de sang; du reste, cet écoulement de sang n'empêche pas, en général, le vaccin de se développer d'une manière convenable.

L'inoculation produit une démangeaison assez vive qui donne aux génisses une certaine tendance à se lécher. Il est facile de les en empêcher en les affublant soit d'un panier formant muselière, soit d'un collier de bois qui les met dans l'impossibilité de remuer la tête. Enfin, s'il y a plusieurs génisses dans une étable, on a soin de les séparer d'une façon convenable, en les plaçant à une distance suffisante pour qu'elles ne se léchent pas mutuellement.

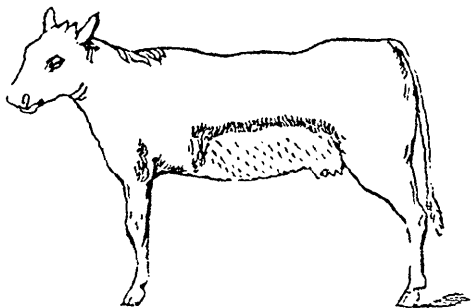


Fig. 5.

D'après certains auteurs, les animaux inoculés ressentent une espèce de fièvre particulière, qui les agite et provoque parfois un peu de diarrhée.

L'évolution des pustules se fait, en général, rapidement; quelques heures après l'inoculation, apparaît une légère rougeur qui disparaît bientôt et ne laisse plus voir qu'un petit caillot sanguin au niveau de la piqûre. Au bout de deux jours l'éruption se montre, et l'on sent surtout, avec la pulpe du doigt, une papule qui devient bientôt une pustule manifeste dès le troisième jour. Le quatrième jour, elle s'ombilique en se remplissant d'un liquide citrin, transparent, qui devient de plus en plus épais, et même purulent vers le huitième jour.

C'est surtout les quatrième et cinquième jours que le vaccin est bon à prendre et qu'il produit les meilleurs effets. Il perd ensuite de sa valeur de jour en jour. Toutefois on peut encore obtenir de bonnes inoculations jusqu'au septième jour.

Le vaccin animal ainsi développé peut être employé de deux façons, soit frais, soit conservé. A l'état frais, la récolte du vaccin animal se fait absolument de la même façon que pour le vaccin jennérien, lorsqu'on vaccine de bras à bras.

La pustule est d'abord ouverte en enlevant la pellicule (en *mouchant*) qui recouvre le virus; et, pour faciliter l'écoule-

ment du vaccin en le rendant plus abondant, on presse simplement la pustule à sa base au moyen d'une pince assez semblable aux pinces à pansements ordinaires, mais qui présente cette particularité qu'elle peut être maintenue et fortement serrée au moyen d'un crochet situé entre les deux branches à anneaux (fig. 6). Il ne faut jamais tirer d'une pustule une trop

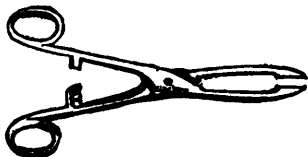


Fig. 6.

grande quantité de vaccin, car, à la fin, on n'en obtiendrait plus qu'une sérosité d'efficacité douteuse.

Les lancettes employées par la vaccination animale sont complètement semblables à celles que nous avons décrites pour le vaccin jennérien; on en trouvera le modèle et le dessin, (figure 7.) Celle qui présente le plus d'avantages est incontestablement la lancette dite lancette de Chambon (fig. 7, n° 2).

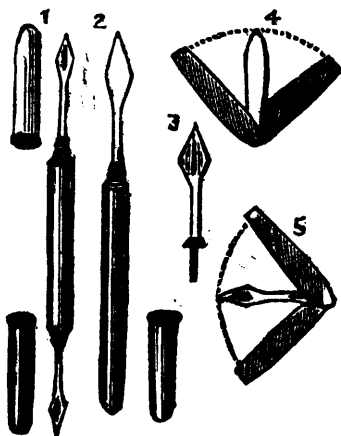


Fig. 7.

La pustule pour fournir le vaccin ayant été ouverte et se trouvant comprimée à sa base, au moyen de la pince décrite plus haut, le virus-vaccin abonde au niveau de la pustule, et il est alors facile de le recueillir pour charger la lancette.

Quant au mode opératoire de vaccination, ce que nous avons dit au sujet du vaccin jennérien, s'applique également, ici, en tous points, au vaccin animal. L'abondance du vaccin permet de déposer préalablement sur les points à inoculer, une gouttelette au milieu de laquelle on porte la pointe de la lancette.

Lorsqu'on a un certain nombre de vaccinations à pratiquer, afin d'éviter de revenir à chaque instant près de l'animal vaccinifère, pour charger la lancette, on peut employer une bague dont le modèle est indiqué, (figure 8). Cette bague se compose d'un anneau ordinaire en métal, présentant un chaton de verre légèrement concave, sur lequel on dépose une certaine quantité de lymphé vaccinale; mais il faut avoir soin de laver la lancette, chaque fois qu'on passe d'un enfant à un autre, afin d'éviter de transmettre en même temps que le virus vaccin, tout autre virus qui deviendrait un danger pour la personne inoculée.



Fig. 8.

Le vaccin animal se conserve comme le vaccin jennérien; et l'expérience nous apprend même que cette conservation en est non seulement plus facile, mais encore plus durable.

Rappelons, d'abord, que le vaccin animal peut être recueilli sur des lancettes ordinaires, sur des pointes d'ivoire ou des plaques de verre, de la même façon que le vaccin jennérien; mais cette conservation n'est que de courte durée et ne donne, le plus souvent, que des succès douteux ou incertains.

Le seul procédé de conservation du vaccin animal, est de le recueillir dans des tubes de verre capillaires, présentant une sorte d'ampoule à la partie moyenne (fig. 9, n° 1).

Pour recueillir ainsi le vaccin, il faut agir de la façon suivante: l'animal est d'abord placé et solidement attaché sur la table qui a servi à l'inoculer lui-même, et que nous avons décrite plus haut. Une des pustules vaccinales, fortement serrée avec la pince à pression, est ouverte au moyen de la lancette, et on laisse, pendant quelques instants, émerger le virus à la surface de la pustule; prenant ensuite un tube de verre de 2 à 3 millimètres, effilé à son extrémité, on l'applique perpendiculairement sur la pustule, et il ne tarde pas à s'emplier complète-

ment par suite du phénomène de la capillarité (fig. 9, n° 3); le vaccin ainsi recueilli après repos d'une ou deux heures, est ensuite déposé sur une plaque de verre, où il ne tarde pas à se diviser en deux parties: l'une formant un petit congulum ou caillot, et l'autre, liquide, que l'on peut alors introduire également, par capillarité, dans les tubes destinés à conserver le vaccin. Pour empêcher la décomposition du vaccin, on ferme immédiatement ce tube, soit au moyen de suif ou de cire à cacheter, soit encore, ce qui est préférable, avec du bitume de Judée.

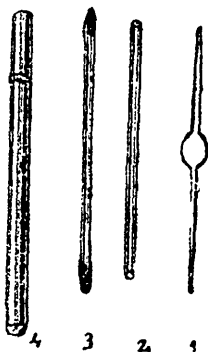


Fig. 9.

Les tubes de vaccin ainsi préparés sont expédiés dans des étuis métalliques (fig. 9, n° 4) garnis intérieurement d'un peu de ouate à l'extrémité supérieure.

Lorsqu'on veut, maintenant, employer le vaccin contenu dans ce tube pour charger une lancette destinée à vacciner, on commence par casser au moyen d'une légère pression de l'index et du pouce les deux extrémités du tube; puis, on prend un tube plus gros insufflateur dont le modèle est indiqué (figure 9, n° 2,) et dont le diamètre est un peu inférieur à celui de l'ampoule du tube contenant le vaccin; le petit tube étant alors introduit dans le gros, il suffit de souffler légèrement par l'extrémité libre du tube le plus gros, pour faire s'écouler, sur la lancette, ou sur l'ongle du pouce gauche, le vaccin du tube capillaire. On pratique ensuite la vaccination, comme si le vaccin avait été pris directement sur la pustule de la génisse.

Un autre procédé de vaccination animale, généralement employé en Italie, consiste à emporter par section tranchante, la pustule tout entière, et à la mélanger intimement, en la mé-

laxant avec un peu de glycérine. On obtient ainsi une sorte de pâte qui peut être expédiée facilement dans des tubes de plume d'oie ou dans deux verres de montre. Pour l'employer ensuite, on rend ce magna liquide par l'addition d'un peu de glycérine; c'est dans ces conditions qu'il est employé pour charger les lancettes. Ce procédé nécessite au point d'inoculation de petites scarifications, sur lesquelles on promène ensuite le virus en recouvrant la partie piquée d'un morceau de toile ou de taffetas.

## Clinique et Dispensaire de l'Hopital Notre-Dame.

### MALADIES DES YEUX ET DES OREILLES.

Nombre total des malades traités à ce dispensaire depuis le 1er Mars jusqu'au 1er Septembre 1881 : 354.—Hommes, 184; femmes 170.

#### MALADIES DES YEUX.

##### *Paupières.*

Bléharite.....	27	Herpes ophthalmique.....	2
Edème des paupières.....	8	Erosion angulaire.....	7
Trichiasis et Districhiasis.....	5	Bléharophimosis.....	5
Entropion.....	3	Echymose palpébrale.....	2
Ectropion.....	3	Bléharo adéuite.....	4
Chalazion.....	4	Abces des paupières.....	1

##### *Conjunctive.*

Hypérémie de la conjunctive et conjunctivite catarrhale.....	63	Ptérygion.....	3
Conjunctivite purulente.....	3	Chémosis.....	3
"    pustuleuse.....	6	Echymose sous conjunctivale.....	5
"    granuleuse (granulations simples, mixtes et diffuses).....	19	Ephiphora.....	2
		Pinguécula.....	2
		Lithase conjunctivale.....	2

##### *Cornée et Sclérotique.*

Kératite (avec ou sans iritis).....	6	Taie.....	12
"    suppurative.....	11	Leucôme adhérent.....	7
"    ulcéreuse.....	8	Episclérite.....	3
"    phlycténulaire.....	20	Corps étranger de la cornée.....	7
"    diffuse.....	2	Pannus.....	18
"    marginale.....	4	Hypopion.....	2
"    traumatique.....	5	Rupture de la cornée.....	2
Staphylôme (pellucide et opaque).....	5	Rupture de la sclérotique.....	1

##### *Iris, choroïde et corps ciliaire.*

Iritis (spécifique et autre).....	6	Scléro choroidite postérieure, (staphylôme postérieur et atrophie choroidienne).....	9
Irido cyclite.....	3	Hernie de l'iris.....	1
Synéchie (ant et post).....	9		
Glaucome (chronique simple et absolu).....	2		



*Rétine et nerf optique.*

Névro-rétinite ..... 6 | Atrophie du nerf optique..... 10

*Cristallin et humeur vitrée.*

Cataracte (sénile, molle, traumatique) ..... 18 | Corps flottants et troubles dans l'humeur vitrée..... 2

*Globe oculaire.*

Atrophie ..... 4 | Panophtalmite..... 1

*Appareil lacrymal.*Dacryocystite (aiguë et chronique) abcès du sac, obstruction des voies lacrymales et fistule lacrymale..... 18 | Hypertrophie de la glande lacrymale..... 1  
Eversion des points lacrymaux. 3*Affections musculaires et névroses.*Strabisme convergent..... 7 | Paralysie de la 3<sup>ème</sup> paire..... 2

" divergent..... 1 | Névralgie orbitaire ..... 1

Paralysie de la 4<sup>ème</sup> paire..... 2 | Blépharospasme..... 3*Réfraction et accommodation.*

Hypermétropie..... 15 | Amblyopie (nicot et alcool)..... 4

Myopie..... 7 | Diplopie..... 2

Presbytie..... 4 |

## MALADIES DES OREILLES.

*Oreille externe.*

Eczéma..... 4 | Ostéo périostite de l'apophyse mastoïde..... 2

*Conduit auditif externe.*

Otite Externe ..... 3 | Exostose ..... 3

Furoncle ..... 4 | Obstruet complète..... 2

Cérumen..... 15 |

*Trompe d'Eustache.*

Obstruction de la trompe d'Eustache..... 15

*Oreille moyenne.*

Otite catarrhale..... 13 | Perforation de la membrane du tympan (avec ou sans écoulement)..... 13

" purulente ..... 3 | Polype ..... 2

Myringite ..... 6 |

*Oreille interne.*

Vertige de Meinière..... 1 | Surdité Sénile et de cause douteuse ..... 11

Tintement d'oreille..... 10 |

## OPÉRATIONS.

Cataracte (extraction)..... 6 | Cantoplastie ..... 3

Iridectomie (optique et thérapeutique)..... 3 | Ablation de la glande lacrymale 1

Enucléation ..... 1 | Débridement des points lacrymaux ..... 3

Entropion paup sup..... 5 | Sclérotomie ..... 1

Paracenthèse de la cornée ..... 7 | Névrotomie optico ciliaire..... 1

Strabotomie ..... 8 | Péritomie ..... 3

Tatouage de la cornée..... 2 | Ablation de Polype..... 2

Débridement du sac lacrymal.. 10 | Incision du périoste de la région mastoïdienne..... 2

Chalazion ..... 5 |

Le cas d'hypertrophie de la glande lacrymale, mentionné ci-dessus, nous engage à en dire quelques mots.

Cette affection, assez rare s'il faut en juger par la courte description donnée dans les auteurs et le petit nombre d'observations rapportées jusqu'à ce jour, s'est présentée à nous, chez un femme de 56 ans. La glande hypertrophiée avait l'apparence d'une tumeur circonscrite, élastique, déplaçant l'œil et le gênant dans ses mouvements. En élevant avec les doigts la paupière supérieure, la tumeur ne changeait pas de position. La malade tournait difficilement les yeux du côté de la tempe, se plaignait de douleurs brûlantes et lancinantes dans la partie supérieure et externe de l'orbite. Ces douleurs étaient intermittentes et ne s'exagéraient nullement par la pression.

La paupière supérieure, l'élevateur étant comprimé, avait perdu la faculté de se contracter et pendait, sans mouvement, au devant de l'œil déplacé. De consistance molle, elle était gonflée et parcourue par des vaisseaux variqueux.

L'œil, légèrement congestionné, était en strabisme inféro-interne. La sécrétion des larmes était notablement diminuée et le mouvement du globe oculaire, entre les paupières, déterminait une sensation de rudesse et de douleur.

Rien à noter du côté de la constitution de la malade.

Aucune cause mécanique telle que coup, irritation locale, ne peut être invoquée pour expliquer la production de cette tumeur. La glande lacrymale a augmenté lentement de volume sans qu'aucune poussée inflammatoire soit venue en accélérer la marche.

Le mouvement imprimé aux paupières, qui ne déterminait pas le changement de position de la tumeur, indiquait qu'elle était située derrière le fascia inter orbitaire. Le développement lent, l'absence complète de rougeur, d'adhérence à la peau, nous firent penser à une simple hypertrophie plutôt qu'à une tumeur de mauvaise nature. Dans l'appréhension ou nous étions qu'il pouvait s'agir d'un kyste, nous fîmes une ponction exploratrice qui ne justifia pas nos craintes. Notre malade n'était pas atteinte d'exorbitis, mais, vu le déplacement déjà considérable de l'œil en dedans, il y avait à craindre qu'elle ne le soit avant longtemps.

La glande lacrymale, en augmentant de volume, chasse l'œil de sa cavité et le globe oculaire peut venir à pendre sur la joue comme il est rapporté dans quelques cas analogues. Si la maladie est négligée, ou si le malade se refuse au traitement, on peut voir le côté temporal de l'orbite se dilater, l'œil se déplacer, s'enflammer, suppurer et éclater; la cavité de l'orbite se remplir complètement, la tumeur se porter en bas, à travers la fente

sphéno maxillaire ou en haut à travers les parois de l'orbite, et finalement causer la mort.

Comme on le voit, d'après ce tableau plus ou moins sombre, l'œil étant presque toujours menacé fatalement et la vie même, quelques fois, il y a indication, dans des cas semblables, d'intervenir le plus tôt possible. Le traitement est chirurgical et consiste à faire l'ablation de la glande hypertrophiée. L'extirpation des tumeurs de la glande lacrymale a presque toujours été suivie de succès. On a noté, dans certains cas, le développement d'un érysipèle de la face et la formation d'abcès, mais on peut dire qu'il ne s'agit pas là d'une opération grave.

Plusieurs procédés d'ablation de la glande lacrymale sont recommandés; celui qui nous a paru le préférable et que nous avons adopté c'est le procédé de Halpin.

Il consiste à attirer fortement la paupière supérieure en bas jusqu'à amener la moitié externe du sourcil au-dessous de l'arcade orbitaire et de pratiquer sur le sourcil même une incision courbe à convexité supérieure commençant au dessous du tendon de l'orbiculaire pour se terminer au-dessus de la commissure externe. Les parties molles sont divisées jusqu'au périoste qui là se confond avec l'aponévrose orbito oculaire. On peut pratiquer l'extirpation de la glande lacrymale sans pénétrer dans la loge postérieure de l'orbite, grâce à la loge fibreuse spéciale, très bien décrite par Tillaux, dans laquelle se trouve enfermée la glande lacrymale. Dans notre cas, nous avons suivi exactement ce procédé et nous avons lieu d'en être satisfait.

Après l'ablation de la tumeur, nous avons réuni les lèvres de la plaie par des points de suture; tout en laissant une ouverture béante à l'angle inférieur pour y introduire un drain, afin que les liquides séro-sanguinolents puissent trouver une issue facile et que l'on puisse aussi faire, dans la plaie, des lavages appropriés.

Pour éviter le gonflement œdémateux qui s'empare si souvent de la paupière et du tissu sous conjonctival, grâce à la laxité de ces tissus, nous avons fait la compression. Cette précaution n'empêcha pas l'œdème d'envahir la face du côté correspondant et d'empiéter même sur le côté opposé. En même temps la conjonctive devint le siège d'un chémosis intense et la malade pré-senta tous les symptômes d'un phlegmon orbitaire. La glace en permanence fut appliquée sur l'œil, le chémosis fut incisé et au bout de quelques jours d'une médication énergique les symptômes s'apaisèrent et tout rentra dans l'ordre.

Les tissus se dégorgèrent, reprirent peu à peu leur aspect

normal, la cornée échappa aux lésions que provoquent trop souvent les chemosis prononcés, et bientôt, il ne resta plus qu'une légère suppuration de la plaie qui a son tour ne tarda pas à disparaître.

Au bout de cinq semaines, la malade quitta l'Hôpital.

---

Le nombre, relativement restreint, de malades traités au dispensaire de l'Hôpital Notre-Dame, pour les maladies des yeux et des oreilles, pendant les six mois qui viennent de s'écouler, nous engage à ne pas donner un compte rendu plus détaillé que celui-ci.

Aussitôt que le nombre des malades se sera accru dans des proportions suffisantes, pour donner à nos chiffres statistiques une plus grande portée pratique, nous ferons connaître non-seulement le nombre des maladies et celui des opérations, mais aussi le traitement et les procédés opératoires que nous aurons adoptés. Nous ajouterons des développements ayant trait à l'observation clinique des maladies, aux particularités diverses qu'elles ont pu offrir pendant le traitement.

A. A. FOUCHER, M. D.

---

## REVUE DES JOURNAUX.

---

### PATHOLOGIE ET CLINIQUE MÉDICALES.

---

**Diagnostic de l'urémie.—Traitement des néphrites.**—Chaque fois qu'il s'agit de décrire une maladie dont une extrême variabilité de symptômes rend le diagnostic embarrassant, tout pathologiste qui se pique de littérature, sentant frémir au fond de sa mémoire ses vieux souvenirs classiques, ne croit pouvoir se dispenser de faire une allusion plus ou moins discrète au légendaire Protée, immortalisé par Virgile. Nous manquerons d'autant moins à ce respectable usage, qu'ayant pâli jadis sur un abominable pensum qui consistait à copier un grand nombre de fois l'élégant mais bizarre épisode des Géorgiques, nous nous en souviendrions encore *in articulo mortis*.

—De fait, ce Protée était un être singulier, se livrant, nous dit le poète, à un cumul de professions vraiment capable d'exciter l'envie des rebouteurs de notre temps. Outre qu'il était berger (des troupeaux du divin Neptune), il possédait le don lucratif de prophétie et connaissait quantité de remèdes secrets, puisqu'on allait lui demander une consultation pour guérir la maladie des abeilles; enfin, il jouissait d'une propriété bien utile à tous les braves gens qui pratiquent l'exerbe illégal de la médecine, celle d'être, comme nous disons, éminemment polymorphe. Que pourrait en effet la main de Thémis, —fût-elle couverte du gant de peau blanche d'un robuste gendarme, —contre un être ondoyant et divers qui, tour-à-tour :

*Sus horridus atraque tigris  
Squamosusque draco et fulvâ cervice lœna  
..... Formas se vertit in omnes ?*

Maintenant que nous avons fait œuvre de justice en signalant à nos confrères, dûment patentés, ce dangereux charlatan de Protée, dont les vers harmonieux du cygne de Mantoue dissimulent mal les méfaits, —revenons aux choses sérieuses et disons que si jamais l'épithète de protéiforme est à sa place, c'est bien quand on parle du diagnostic de l'urémie.

Certes, le clinicien doit déployer toute la sagacité, tout le flair dont il est capable pour dépister cet ennemi sournois qui emprunte tous les masques et revêt les déguisements les plus imprévus. A propos du diagnostic de la néphrite interstitielle, nous avons déjà signalé quelques-uns des multiples aspects sous lesquels se présente l'urémie à son début. Nous n'y reviendrons pas, et notre tâche d'aujourd'hui sera assez lourde de chercher à mettre en relief les états pathologiques pour lesquels peut donner le change l'urémie confirmée.

A. L'URÉMIE CÉRÉBRALE A FORME CONVULSIVE doit être différenciée d'avec l'épilepsie. Si l'on assiste à l'attaque convulsive, il faudra observer soigneusement la succession des différentes phases; car c'est seulement par des nuances que l'une diffère de l'autre. La période initiale de convulsions toniques manquerait absolument dans l'urémie (Jaccoud), et la pâleur de la face est moins marquée; on ne voit pas les mouvements convulsifs prédominer d'un côté du corps, le pouce n'est pas en flexion forcée dans la paume de la main, la sensibilité réflexe des muqueuses est absolument abolie; la perte de connaissance est moins longue et la langue n'est pas si souvent mordue. Si l'on n'a pas été présent, la plupart de ces renseignements ne peuvent être utilisés, car on ne peut

les obtenir de l'entourage du malade; tout au plus peut-on savoir si le début de l'attaque a été marqué par un cri, si les lèvres étaient couvertes d'écume, signes moins fréquents dans l'urémie.

Les commémoratifs joueront un rôle important dans le diagnostic en pareil cas; l'épilepsie est une affection dont le début remonte en général à l'enfance, et souvent la famille du malade en a connaissance; mais on peut se trouver en présence d'épileptiques n'ayant eu jusqu'alors que des accès nocturnes ignorés de tous et d'eux-mêmes.

Les difficultés sont donc parfois grandes et ne disparaîtront que par l'évolution ultérieure des accidents, c'est-à-dire par le retour rapide à la santé, dans le cas d'épilepsie ou la prolongation des phénomènes convulsifs dans le cas contraire. Il faut également s'appuyer sur la considération de troubles antérieurs de la santé imputables à une néphrite, de scarlatine préexistante, plus ou moins fruste et méconnue; enfin, sur l'examen de l'urine au point de vue de la quantité, des qualités physiques et chimiques (diminution de la densité et de l'urée, présence de l'albumine), de l'examen microscopiques (cylindres épithéliaux, granules-graisseux fibrineux). L'épilepsie a pu s'accompagner à la fin d'albuminurie, comme l'a vu une fois Jaccoud; mais c'est alors une albuminurie tout-à-fait légère et transitoire.

Pour n'avoir plus à y revenir, insistons sur ce fait que c'est dans l'étude urologique qu'il faut chercher la clef de tous les problèmes cliniques où l'urémie est une des inconnues.

2<sup>o</sup> *L'Éclampsie puerpérale* peut avoir deux origines: tantôt elle est sous la dépendance d'une de ces néphrites gravidiques récemment décrites par M. Mayor, c'est alors une manifestation véritablement urémique; tantôt elle résulte de l'excitabilité anormale de l'axe spinal, c'est une éclampsie réflexe. Les caractères chimiques de ces deux attaques étant identiques, l'examen de l'urine, suivant qu'elle sera trouvée albumineuse ou non, peut seul tirer d'embaras.

3<sup>o</sup> *L'Éclampsie des enfants*, symptomatique de la dentition, de vers intestinaux, ne doit pas être confondue avec les convulsions urémiques. Citons à ce propos un fait bien curieux: un enfant, ayant eu récemment la scarlatine, est pris de convulsions; dans l'urine pas d'albumine. M. Desnos, songeant à la possibilité d'une éclampsie réflexe due à des désordres gastro-intestinaux, administre un purgatif et le malade rend une tête de vis métallique qu'il avait avalée en jouant.

4<sup>o</sup> *L'hystérie* doit être prise en considération à propos du diagnostic de l'urémie cérébro-spinale quand les mouvements

convulsifs revêtent l'aspect désordonné et ataxique; on recherchera l'anesthésie unilatérale ou en zones disséminées, la sensation de constriction de la gorge; on comprimera les ovaires ou les nerfs sus-orbitaires à leur point d'émergence, et si l'attaque cesse, on se trouvera suffisamment édifié.

B. L'URÉMIE CÉRÉBRALE A FORME TÉTANIQUE pourrait être conforme avec 1<sup>o</sup> le *tétanos*. Mais l'absence de plaies des extrémités, la localisation des contractures à certains groupes de muscles sans tendance à la généralisation, le début qui ne se fait pas aussi constamment que dans le *tétanos* par le trismus et la raideur de la nuque, l'abaissement de la température sont en faveur de l'urémie.

2<sup>o</sup> La *contracture essentielle des extrémités* ou *tétanie*; elle a des caractères spéciaux, si bien décrits par Trousseau, elle est symétrique, de courte durée, ne s'accompagne guère d'un d'un état général sérieux.

3<sup>o</sup> L'*intoxication* accidentelle ou médicamenteuse par la *strychnine* (noix vomique, gouttes de Baumé) produit des accidents tétaniques qui seraient particulièrement difficiles à distinguer de l'urémie dans un cas comme celui que cite Jaccoud, où les convulsions apparurent chez une femme atteinte de maladie de Bright, après l'administration de noix vomique, par suite de la non-élimination du médicament.

C. L'URÉMIE CÉRÉBRALE A FORME COMATEUSE soulève une des questions les plus épineuses de la séméiologie, le diagnostic des *comas*. Tout praticien, tout interne de garde dans un hôpital s'est trouvé en présence d'une créature humaine, en état de résolution musculaire complète, avec abolition totale des fonctions intellectuelles et chez qui la vie ne se manifeste plus que par une circulation languissante et une insuffisante respiration.

Personne ne songe en pareil cas à imiter certain étudiant étranger dont le souvenir épanouira longtemps les rates de l'internat et qui, soit par naïveté, soit par ignorance de la langue médicale, posait gravement un à un à un malade inerte cette question homérique: "Qu'est-ce que vous ressentez, mon brave? Avez-vous coma?"—Il faut donc se contenter, à défaut d'un interrogatoire impraticable, de passer en revue l'état de tous les appareils et d'en déduire, si l'on peut, un diagnostic.

Si l'on apprend que la coma a été précédé de mouvements convulsifs, on pense au coma qui suit toute attaque d'épilepsie.

En l'absence de tout renseignement, on songe d'abord à l'*apoplexie cérébrale*. Addison signalait déjà certaines différences: suivant lui, les épileptiques ronflent de la gorge et du nez, c'est le véritable stertor; dans l'urémie le bruit est pro-

duit plus superficiellement et seulement par projection des lèvres.—L'insensibilité et la résolution musculaire sont générales dans l'accès urémique et non pas hémiplegiques.

Les intéressantes recherches sur la température de Bourneville et Charcot ont montré que celle-ci est constamment abaissée dans le coma urémique, elle s'élève au contraire dans l'hystérie et l'éclampsie et même dans l'éclampsie puerpérale accompagnée de néphrite et d'albuminurie.

—Dans le coma apoplectique, elle s'abaisse pendant un court espace de temps, mais ne tarde pas à s'élever.

On doit songer au *coma par intoxication palustre*, dans les pays de marais, et il est extrêmement important de ne point le méconnaître, car livré à lui-même, il est rapidement mortel tandis que la médication quinique énergique et immédiate peut en triompher. Notre grand écrivain, Renan, pendant le voyage qu'il fit en Palestine pour réunir les matériaux de la vie de Jésus, faillit succomber aux atteintes du coma paludéen; la sœur aimée qui l'accompagnait et lui servait de secrétaire fut victime du même mal, mais n'y put échapper.

On dit que, dans les accès pernicieux, la proportion d'urée s'accroît dans l'urine, comme après tout accès de fièvre intermittente légitime; mais on sent ce qu'une telle appréciation offre de difficultés.

Le *coma diabétique* a été observé, sans albuminurie, par Charcot, par Bourneville, par plusieurs médecins anglais.

D. L'urémie cérébrale à forme délirante ou à formes mixtes, avec alternatives de coma et de déraison ne doit être admise qu'après élimination de toutes les intoxications de cause interne ou externe.

Ainsi on voit dans l'ictère grave (acholie ou cholestérémie) le coma, le délire, les convulsions.

L'apyrexie doit faire rejeter toutes les manifestations délirantes des affections cérébrales (méningites, encéphalopathies des fièvres typhoïdes ou éruptives graves), et d'autres inflammations viscérales (pneumonie du sommet, etc.), le délire des opérés, etc...—*Le Concours Médical*.

(A continuer.)

**Traitement des maladies du cœur**, par le professeur DE RENZI.—Dans les affections cardiaques, la thérapeutique moderne commence à employer trois médicaments nouveaux: le bromure de potassium, l'iodure de potassium et l'hydrate de chloral.



I. Le bromure de potassium, suivant Binz et Sée, a une action directe sur le cœur et la circulation périphérique, si bien qu'on doit le classer plutôt parmi les médicaments cardiovasculaires que parmi les antinerveux.

Suivant Gubler, le bromure de potassium exerce une influence sédative très remarquable sur les maladies organiques du cœur; il fait disparaître les intermittences et abaisse les pulsations de 108 à 78.

Le professeur Dujardin-Beaumetz place le bromure de potassium parmi les toniques du cœur, et le cite en première ligne, immédiatement après la digitale: "Le bromure de potassium, dit-il, régularise la circulation et a des propriétés sédatives sur l'axe cérébro-spinal, et en particulier sur la bulbe. Il est bien supérieur à l'opium, qui augmente la congestion déjà si vive de l'encéphale, il régularise les battements du cœur, diminue l'irritabilité nerveuse si fréquente chez les cardiopathes et peut ainsi combattre les insomnies qui affaiblissent et épuisent les malades."

"Nous employons le bromure de potassium, dit Sée, 1<sup>o</sup> comme modérateur de la circulation périphérique, surtout dans les affections cardiaques qui s'accompagnent de diminution de la pression artérielle, d'augmentation de la pression veineuse, d'accélération et d'irrégularité des battements du cœur, de congestions passives, d'œdème, de cyanose, de dyspnée; 2<sup>o</sup> comme déprimant l'excitabilité réflexe; 3<sup>o</sup> comme hypnotique."

II. Le second médicament employé récemment avec beaucoup de succès est l'iodure de potassium. Dans son livre sur les maladies du cœur, publié l'année dernière, le professeur Sée dit de l'iodure qu'il est non seulement le meilleur agent pour combattre l'asthme, mais encore qu'il est le remède le plus utile dans la dyspnée d'origine cardiaque.

Il l'emploie de préférence dans les altérations du tissu propre du cœur plutôt que dans les lésions valvulaires.

III. L'hydrate de chloral est aussi fréquemment employé dans les affections cardiaques. Il ralentit tout d'abord les contractions de l'organe et en diminue ensuite l'énergie; tel est le résultat des recherches de Liebreicht, Demarquay, Rokitansky, Troquart, Sée, etc. Le chloral agit, en paralysant, pour ainsi dire, soit les ganglions automoteurs intrinsèques du cœur, soit le centre vaso-moteur bulbaire.

Les recherches de Vulpian, Cl. Bernard, Rejewski, Owjanikow, Heidenham, Rokitanski, démontrent que l'hydrate de chloral a une action paralysante sur le centre nerveux vaso-moteur, qui amène la dilatation des vaisseaux périphériques.

avec diminution de la pression sanguine. Aussi les influences réflexes, à la suite de l'action du chloral, ne sont pas capables d'exciter le centre du vaso-moteur.

Chez sept malades affectés de maladies du cœur, traités cette année à sa clinique, le professeur Renzi a employé ces médicaments, et, par un examen attentif de ces malades, il a été possible de tirer les conclusions suivantes :

a. Le bromure de potassium diminue l'anxiété des malades atteints d'affections cardiaques : ils éprouvent un certain bien être, et la respiration est plus facile. Sous son influence, le sommeil est plus tranquille, plus facile et plus durable : aussi c'est le retour du sommeil physiologique qui paraît être le fait le plus constant et le plus avantageux du bromure de potassium.

Le nombre des pulsations cardiaques et des inspirations cardiaques diminue ; c'est pour ces dernières, jusqu'à présent du moins, que la diminution est le plus sensible. La toux seule semble s'aggraver sous l'influence du médicament.

b. L'iodure de potassium réussit mieux et est plus utile dans les maladies du cœur. Son effet principal est d'améliorer d'une manière remarquable la respiration et surtout de faire cesser l'asthme symptomatique.

c. L'hydrate de chloral, à petites doses, peut combattre l'insomnie qui tourmente les cardiopathes. En général cependant il ne diminue pas sensiblement la dyspnée d'origine cardiaque. Il facilite la torpeur cérébrale et la somnolence, phénomènes qui ne sont pas rares dans les maladies du cœur. Le plus souvent on a dû suspendre le chloral, parce que, administré avec l'iodure de potassium, il produit alors chez les malades une somnolence grave et persistante.—(*Gazetta medica italiana.*—*Le siècle médical.*

—

### Curabilité et traitement de la phthisie pulmonaire.

—Avant même qu'il eût été prouvé anatomiquement, comme le fait l'a été récemment, que par sa structure même le tubercule avait une tendance naturelle à la guérison, la curabilité de la phthisie pulmonaire était un fait clinique bien démontré, démonstration à laquelle, pour sa part, M. le professeur Jaccoud avait beaucoup contribué, tant par son enseignement que par ses ouvrages écrits. Le nouveau livre qu'il vient de publier, consacré exclusivement à cette question de la cura-

bilité et du traitement de la phthisie pulmonaire, est une nouvelle affirmation plus complète et plus décisive encore de cette vérité qui intéresse à un si haut point tous les praticiens et qui doit être leur préoccupation constante. Aussi chacun doit-il lire et étudier ce volume qui, par les vues toutes personnelles qu'il renferme, par la multiplicité des détails, constitue le guide le plus précieux qu'on puisse consulter pour le traitement de cette maladie si répandue. Nous n'avons pas l'intention de l'analyser ici, ce qui serait impossible en quelques pages; nous voulons parler seulement de quelques points de pratique spéciale, auxquels l'expérience particulière de l'auteur donne surtout de l'intérêt. Il s'agit ici seulement de médicaments vulgaires, mais auxquels leur mode d'emploi donne un intérêt nouveau.

L'usage de l'huile de foie de morue, par exemple, donne lieu à des considérations intéressantes. M. Jaccoud proteste énergiquement dans ce cas contre l'insuffisance des doses habituellement employées. L'obligation des hautes doses, voilà la véritable difficulté du traitement, car on est par cela même contraint de donner le médicament en nature et de laisser complètement de côté certaines formules pharmaceutiques, la forme capsulaire, par exemple, qui ne permettent jamais, sous peine d'indigestion immédiate, d'administrer le remède en quantité suffisante. Mais c'est seulement le débat qui est scabreux, et, quand on a réussi par exemple à faire accepter deux cuillerées à bouche par jour, on n'a guère plus de peine à arriver au double, puis à six cuillerées, qui est le minimum de la dose que M. Jaccoud considère comme vraiment utile. Même dans le milieu défectueux de l'hôpital, il a réussi à faire prendre, pendant des mois, des quantités beaucoup plus considérables; à plus forte raison ce résultat est-il possible chez les malades vivant à la campagne, dans les conditions les plus favorables à la digestion et à l'assimilation. M. Jaccoud procède toujours graduellement, débutant avec une cuillerée par jour; au bout de quelque temps, une semaine en moyenne, il ajoute une seconde cuillerée; après un nouvel intervalle, il augmente encore la dose de manière à arriver plus ou moins rapidement à quatre cuillerées qu'il fait prendre deux par deux, dans un petit verre, de manière que le malade n'ait pas l'ennui de cette ingestion plus de deux fois par jour. C'est là l'étape vraiment difficile; l'observation m'a prouvé, dit M. Jaccoud, que la dose de quatre cuillerées, une fois acceptée et maintenue, on n'a presque jamais aucune peine pour l'accroître encore et pour arriver à 100 grammes, ce qui représente en moyenne huit cuillerées à bouche. Certain

malades arrivent à prendre, par une tolérance exceptionnelle, jusqu'à 2 ou 300 grammes d'huile par jour.

Le moment de l'administration varie presque avec chaque individu et peut être subordonné à celui que le malade reconnaît lui convenir le mieux. Divers moyens peuvent être utilisés pour assurer la tolérance de l'huile. Un des meilleurs consiste dans l'adjonction d'un alcool dans la proportion d'un tiers ou d'un quart, ou de strychnine dans la proportion d'un milligramme à chaque dose d'huile, ou enfin d'une petite quantité d'éther. Ces détails ont été d'autant plus importants, que l'huile de foie de morue répond à une indication que M. Jaccoud considère constamment comme présente dans la totalité des cas. La fièvre seule, en raison de l'altération qu'elle cause dans la sécrétion gastrique, en est une contre-indication, et on peut la remplacer alors par de la glycérine qui doit à son caractère d'alcool d'être bien digérée dans l'état de fièvre. Quant à la saison chaude, elle ne serait un obstacle à l'administration de l'huile qu'autant qu'il serait démontré que le malade ne pourrait la digérer alors que difficilement. En résumé, M. Jaccoud donne l'huile aussi longtemps qu'il le faut; lorsque pour une cause quelconque l'intolérance se manifeste, il donne la glycérine, mais fait prendre invariablement l'un ou l'autre de ces médicaments.

La glycérine, bien qu'inférieure à l'huile sous certains rapports, en constitue cependant un bon succédané. Elle doit, pour l'usage interne, être parfaitement pure, tout à fait neutre aux réactifs: la dose moyenne est de 40 à 60 grammes par jour, laquelle ne doit être dépassée que pour des personnes ne présentant aucun signe d'excitabilité cérébro-cardiaque; de l'insomnie, une loquacité insolite et surtout l'élévation de la température, indiquent que la dose nécessaire a été dépassée. On doit ajouter à la dose quotidienne une goutte d'essence de menthe et 10 grammes de cognac ou de rhum; ce mélange est agréable au goût et facilement digéré.

L'arsenic est encore un des moyens que M. Jaccoud associe habituellement à ceux qui viennent d'être indiqués; nous ne le citons ici que pour mentionner un signe important et peu connu d'intolérance du médicament, c'est un sentiment de lassitude exagéré après la marche, lequel est bientôt suivi, si la médication continue, d'une faiblesse véritable dans les membres inférieurs. Ce symptôme est bien souvent le premier en date parmi ceux qui révèlent la saturation arsenicale.

Ces différents moyens s'appliquent plus particulièrement à l'état général. Parmi ceux qui concernent les indications locales et sont préconisés par M. Jaccoud, nous citerons la

créosote qui, plus rapidement et plus sûrement que tout autre, diminue l'expectoration, restreint, en desséchant les bronches, l'étendue des lésions catarrhales et par là réduit dans une notable proportion le champ des altérations pulmonaires.

L'administration de ce médicament comporte malheureusement certaines difficultés : aussi doit-on commencer par de très petites doses, 20 centigrammes par jour, et arriver par un accroissement progressif de 5 centigrammes toutes les semaines ou tous les dix jours, à 30, quelquefois à 40 centigrammes, mais jamais plus. Il faut renoncer à l'emploi de la créosote sous forme capsulaire, aussi bien que du vin créosoté qui a un goût détestable ; le mieux est de faire ajouter la créosote à la dose quotidienne d'huile ou de glycérine que prend le malade, en y adjoignant toujours une goutte d'essence de menthe.

Les indications fournies par la fièvre sont assez variables. Dès les premières périodes, c'est toujours à la quinine et en particulier au bromhydrate de quinine que M. Jaccoud a recours ; mais dans la fièvre de résorption, c'est-à-dire la fièvre qui est liée à la présence de cavernes et qui est causée par la résorption des produits putrides qu'elles renferment, c'est un agent anti-septique, l'acide salicylique qu'il préconise. Dans le but de faire tolérer le médicament pendant assez longtemps et à une dose vraiment active, M. Jaccoud a adopté une méthode et des procédés nouveaux qui lui sont entièrement personnels. Chez les personnes qui ont pris la fièvre de résorption à une période relativement peu avancée, dont la constitution primitivement forte n'est pas encore minée par la maladie, et dont les fonctions digestives sont en parfait état. M. Jaccoud donne, le premier jour, 2 grammes d'acide salicylique, le deuxième jour et le troisième jour, 1½ gramme ou 1 gramme, suivant les cas ; si, après ces trois jours, la fièvre n'a pas cédé, il revient à 2 grammes, recommençant ainsi la série, soit sans interruption, soit après un intervalle de repos. Chez les malades qui ne sont pas dans des conditions aussi satisfaisantes, il administre seulement 1½ gramme le premier jour, la même dose ou seulement 1 gramme le second, et 1 gramme les jours suivants, restant à cette dose en l'augmentant après un intervalle de trois jours, suivant l'effet produit ; en tous cas, il maintient le médicament à la dose tolérée jusqu'à la chute de la fièvre ou du moins jusqu'à ce qu'il n'observe plus d'abaissement thermique d'un jour à l'autre ; la résistance de la fièvre tient alors à la complexité de son origine, et la persistance aveugle du traitement n'aboutirait qu'à la révolte de l'estomac ou à des accidents cérébro-cardiaques d'une réelle gravité. Dès que cette première phase de la médication

produit la plénitude de ses effets, elle est suspendue pour être reprise au premier indice du retour de la fièvre, en ayant le soin de laisser un repos de trois jours au malade. Avec des précautions et des soins attentifs, on arrive ainsi à diminuer considérablement les inconvénients de cette fièvre de résorption.

M. Jaccoud donne l'acide salicylique en nature, par cachets de 50 centigrammes, espacés de manière que la dose totale soit prise dans l'intervalle d'une heure, s'il s'agit de 2 ou 3 grammes, d'une demi-heure, si la dose est moindre. L'administration doit être achevée quatre heures avant le moment de l'exacerbation. Avec chaque cachet on fait prendre un grand verre d'eau aiguisée de deux ou trois cuillerées de café de cognac, et cela dans un double but : pour atténuer l'action topique de l'acide sur la muqueuse de l'estomac et pour maintenir la diurèse que cet agent restreint dans des proportions notables. Ce moyen est le seul qui permette de donner de fortes doses, dans un court espace de temps. Lorsque pour quelque raison on est obligé d'en venir à l'administration en plusieurs heures, si le malade le préfère, on peut user de la forme liquide ; la formule suivante est alors celle que M. Jaccoud préfère :

Acide salicylique.....	3 ss
Rhum ou cognac.....	5 j-ss
Vin cordial.....	5 iv ss

La saveur est agréable, l'âcreté de l'acide est dissimulée autant que possible par le goût du rhum ou du vin, et si on a la précaution, toujours indispensable, de faire prendre un grand verre d'eau pure après chaque dose de la potion, ce procédé peut être suivi sans provoquer l'intolérance. Les proportions et les éléments indiqués dans cette formule sont indispensables si on veut que la potion conserve sa limpidité.

Lorsque l'intolérance gastrique est absolue, on peut alors avoir recours au salicylate de soude à la dose de 4 à 6 grammes le premier jour et par doses décroissantes les jours suivants, ou sous forme d'injections sous-cutanées en suivant les précautions minutieusement décrites par M. Jaccoud, qui les a appliquées avec avantage un grand nombre de fois.

M. Jaccoud a étudié aussi avec beaucoup de soin la méthode des inhalations de benzoate de soude, tant vantée dans ces derniers temps par quelques médecins ; ses conclusions ne sont malheureusement pas favorables à cette méthode sur laquelle ses auteurs avaient fondé de si belles espérances.

Nous répéterons en terminant que nous n'avons pas cherché à analyser le livre de M. Jaccoud, mais à indiquer seulement quelques faits nouveaux qui peuvent être utilisés dans la thérapeutique journalière de la phthisie; ces chapitres constituent d'ailleurs, et de beaucoup, le côté le moins important de ce livre; la prophylaxie de la tuberculose, le traitement thermal et surtout le traitement climatérique en sont l'élément principal. Le traitement climatérique surtout est présenté sous un jour tout à fait original et absolument personnel, puisque l'auteur a vu et étudié par lui même toutes les localités dont il parle; ajoutons que la conclusion de cette étude est de nature à modifier profondément les idées généralement admises sur le traitement climatérique de la phthisie, car elles sont tout à fait en faveur de l'influence favorable des éléments d'altitude dont ceux de Davos de Saint-Moritz et de la Haute-Engadine constituent en quelque sorte le type.

**Injections hypodermiques de morphine, moyens de les rendre inoffensives.**—M. le Dr Trélat a communiqué à la Société de chirurgie de Paris, l'observation d'un ataxique qui, pour calmer ses douleurs fulgurantes, faisait journellement des injections de morphine et qui, après l'une d'elles, fut atteint d'un phlegmon diffus des plus graves.

Ce malade, en se servant d'une solution pleine d'impuretés, s'était inoculé le microbe du phlegmon diffus et avait produit ainsi un phlegmon diffus quasi expérimental.

M. Adolphe Dumas dit avoir été témoin d'un fait analogue qui, sans avoir eu autant de gravité que le précédent, ne laissa pas de l'inquiéter un peu. C'était aussi, dit-il, chez un malade qui, depuis deux années, est soumis à de faibles injections de morphine journalières, mais dont l'état général est probablement meilleur que celui de l'ataxique du professeur Trélat.

A la suite d'une injection faite avec une solution trouble, un fond de bouteille, un érysipèle phlegmoneux se déclara autour du point de la piqûre. Il se forma un noyau induré qui s'étendit rapidement et devint le centre d'une tuméfaction avec douleur vive et empâtement de la peau qui envahit près du quart de la surface des parois abdominales en deux ou trois jours. Je pratiquai de bonne heure des incisions, dont deux larges et l'une sur l'induration centrale. Elles donnèrent, celle-ci surtout, un liquide sanieux et séro-purulent, et mêlé à quelques fines bulles gazeuses, et prirent bientôt un aspect sale grisâtre. Le tissu cellulaire sous-cutané fut spacié et

se détacha par lambeaux. Un ensemble de symptômes généraux assez intenses accompagna ce phlegmon, qui se limita après les incisions et contre lequel j'employai un pansement antiseptique. Le malade guérit, et assez vite, du reste.

A la suite d'injections hypodermiques diverses, j'ai observé chez quelques malades de petits abcès phlegmoneux ; mais c'est la première fois que j'ai vu un pareil phlegmon avec mortification aussi étendue du tissu cellulaire sous-cutané et présentant ce caractère de diffusion.

Ce fait, qui remonte à près d'un an, me donna à réfléchir. Je ne doutai pas un instant qu'il ne fut dû à l'impureté de la solution employée, et j'engageai la malade à faire bien surveiller désormais les solutions de morphine qu'on lui injectait.

Quoi que l'on fasse et quel que soit le véhicule, en peu de temps elles sont envahies par des productions cryptogamiques quand le flacon débouché plusieurs fois a été exposé au contact de l'air. Le mélange d'une certaine quantité de glycérine les conserve plus longtemps, mais les rend trop douloureuses. L'eau de laurier-cerise, préférable sous ce rapport à l'eau distillée, reste elle-même impuissante. Au bout de quelques jours, quand le flacon est en vidange, on voit des conferves nager dans le liquide et tapisser les parois, dont une simple lotion ne les détache pas toujours. Injectées sous la peau avec la solution de morphine, elles contribuent à la formation de ces petites nodosités sous-cutanées si fréquentes chez les morphiniques, et dont la résolution est si variable. Il en est qui persistent pendant des années, simulant de petits ganglions ou de petits kystes indolores. D'autres deviennent le siège d'un travail inflammatoire et donnent lieu à de petits abcès. Cette suppuration survient ordinairement peu de jours après l'injection, mais elle peut aussi être tardive et se produire après plusieurs mois. C'est alors une cause accidentelle, une pression, une irritation quelconque de la tumeur qui y donnent lieu.

On les évitera si l'on pratique de petites injections, et surtout si l'on a soin de faire dépasser à l'aiguille la couche du tissu cellulaire car c'est la distension d'une alvéole celluleuse par le liquide qui produit ces tumeurs. Et, lorsqu'on les voit apparaître au moment de l'injection, il suffit, pour les détruire de comprimer avec les doigts le kyste adventice et de repandre ainsi le liquide dans les mailles du tissu cellulaire. Ce n'est qu'un peu douloureux.

Depuis l'accident du phlegmon diffus de cette malade, j'ai prescrit diverses précautions qui, je le crois, en empêcheront le retour. L'eau de laurier-cerise sert toujours de véhicule à



la morphine, mais je la fais filtrer chaque fois. Elle mérite la préférence sur tout autre; elle contribue à rendre moins vive la douleur qui suit l'injection. Mais il est important qu'elle soit chimiquement pure. J'en ai rencontré qui ne l'étaient pas, sans pouvoir me rendre bien compte de la nature de leur adulation. Celles-là produisaient, au contraire, des douleurs extrêmement vives, et j'ai dû plusieurs fois les mettre de côté. Je m'en suis plaint aux pharmaciens, qui n'ont trop su à quoi l'attribuer.

Quand on fait un usage journalier de ces solutions, il est bon de les renouveler souvent et de changer de flacon ou de le laver chaque fois avec de l'eau additionnée de glycérine, qui dissout mieux les conferves dont les parois sont tapissées.

Mais ces précautions ne sauraient suffire, et le meilleur moyen de se mettre à l'abri de tout accident c'est, à mon avis, avant de faire une injection sous-cutanée, de porter jusqu'à l'ébullition le liquide à injecter. Il suffit pour cela de présenter un instant la cuiller renfermant la solution à une bougie, ou mieux à la flamme d'une lampe à alcool ou à gaz. On détruit ainsi la vitalité des conferves et de tout autre proto organisme contenu dans le liquide. On laisse ensuite toutes ces impuretés se précipiter au fond de la cuiller, et l'on aspire alors avec la seringue une solution limpide. Par ces ébullitions répétées, celle-ci se trouve un peu plus active: rien de plus facile que d'en tenir compte.

Depuis près d'un an, je n'ai pas fait une injection sans prendre cette précaution, et je n'ai plus vu se reproduire les accidents légers ou non que j'avais observés quelquefois.

On peut faire ainsi pour toute solution, qu'elle soit préparée à l'avance par le pharmacien ou que le médecin la prépare au moment même.

En bonne règle, tout liquide qui va servir à une injection sous-cutanée devrait être au préalable soumis à l'ébullition, afin de détruire tout microbe qui pourrait s'y trouver.—*Le Scalpel.*

---

## PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALES

---

**De la nature des abcès froids et de leur traitement.**—I.—*Nature des abcès froids.*

Il est peu de points de la science chirurgicale sur lesquels on ait autant écrit. De tous temps, cette affection, si fréquente, et si souvent difficile à guérir, a mis à l'épreuve

talent et la patience des hommes de l'art, et on ferait des volumes si l'on voulait passer en revue tout ce qu'a tenté la thérapeutique de tous les âges. Les plus anciens observateurs avaient été frappé de l'évolution et des caractères de ces collections purulentes si différentes des abcès chauds. Les études histologiques, en honneur de nos jours, sont, croyon-nous, arrivées à en définir la nature et la marche, et grâce aux notions qu'elles nous ont données, on peut retourner le vieil adage : "*Naturam morhorum ostendunt curationes.....*" et dire qu'ici : "*c'est la nature même du mal qui nous montre la marche à suivre pour le traitement.*"

Nous savons tous qu'on appelle *abcès froid* une collection purulente développée dans le tissu cellulaire et contenue dans une cavité que tapisse une membrane rougeâtre, veloutée, parfois semblable aux muqueuses et reposant sur une couche de tissu induré auquel elle adhère fortement. Nous avons omis, à dessein, de dire que cette collection est indépendante d'une lésion osseuse ou articulaire ; car, au point de vue de la nature et des indications, nous réunissons aux *abcès froids* les abcès dits *ossifluents sessiles et par congestion*.

Tout l'intérêt de l'histoire de ces affections se concentre autour de l'étude de leur paroi, la fameuse membrane *pyogénique* des auteurs. Nos lecteurs nous permettront de leur redire un intéressant passage de C. Celse où il en est déjà fait mention : "*Interdum enim fit, sed raro, ut quidquid abcedit, velamento suo includatur: id antiqui tunicam nominabant: Meges, quia tunica omnis nervosa est, dicit non nasci sub eo vitio nervum quo caro consumeretur, sed subjecto jam vetustiore pure, callum circumdari. Quod ad curationis rationem nullo modo pertinet; qui a quidquid dixi, si tunica est, idem si callus est fieri debet. Neque ulla res prohibet, etiam si callus est tamen quia cingit tunicam nominari, tum, pure quoque maturiore haec interdum esse consuevit; ideo que quod sub eâ est extrahi per cucurbitulam non potest.*" On voit que ce Mégès, dont parle Celse, avait non seulement reconnu l'existence de la tunique fibreuse des abcès froids, mais encore que, cherchant à l'interpréter, il admettait que la formation de cette enveloppe était due, non au mal primitif, mais à la présence du pus.

On se contenta, jusqu'à la fin du siècle dernier, des doctrines de l'école hippocratique. Puis les chirurgiens attirèrent de nouveau l'attention sur la paroi de l'abcès froid. Les uns admirent alors la préformation du pus et voulurent, avec Hunter et Chaussier, que la membrane fût un produit de sécrétion des vaisseaux de la partie malade ; ou, comme l'ad-

mettait Boyer, une condensation du tissu cellulaire voisin. Les autres tenaient pour la préexistence de la membrane : "Partout, disait Delpech, de Montpellier, où il y a du pus, partout on trouve une pseudo-membrane qui le secrète."

Tous étaient plus ou moins dans l'erreur, parce qu'ils n'avaient pas pris l'étude de l'évolution d'un abcès froid dès son début. Boyer dit, le premier, que l'abcès froid résultait de la fonte purulente d'une tumeur dans laquelle les symptômes inflammatoires ont été peu marqués. Voilà comme on le verra bientôt, un premier pas très important. En même temps, Dupuytren, étudiant la tunique de revêtement de l'abcès, professait que cet organe nouveau, qui prend rang dans l'économie vivante, est une membrane qui secrète, absorbe et est parfois sensible.

Il était dès lors acquis à la science qu'un abcès froid débutait par une *tumeur*, un engorgement plus ou moins circonscrit, à base dure, indolente et sans chaleur ; que cette tumeur se ramollissait, et qu'à son ouverture on trouvait une paroi membraneuse ; celle-ci, grisâtre d'abord, devenait bientôt rouge, épaisse, fongueuse, semblable à une membrane muqueuse. On remarqua aussi que le développement de ces abcès était lent ; qu'ils progressaient sans jamais se compliquer de fusées purulentes comme les abcès chauds, mais en refoulant lentement les tissus voisins.

Quelle était la nature de cette tumeur du début ; quelle était la constitution intime de cette paroi qui paraissait protéger les organes contre l'action du pus ; comment se faisait l'accroissement de la poche ? Tels étaient les problèmes qui restaient pendants, et que les études de ces dernières années sur la tuberculose devaient aider à résoudre. Notre époque répond à une nouvelle période dans l'étude de ces affections si curieuses.

Les travaux de M. le docteur Grancher et surtout le très-intéressant mémoire de M. Lannelongue sont les sources où l'on peut étudier tout au long cette intéressante histoire.

Les tumeurs qui produisent des *abcès froids* peuvent naître dans le tissu cellulaire sous-cutané, ou dans les espaces inter-musculaires. Il n'est pas rare de constater sur des enfants scrofuleux, aux bras, aux jambes, au cou, des petites tumeurs sous-cutanées, dures, presque indolentes, entourées d'une zone plus ou moins étendue de tissu cellulaire empâté. Voilà le plus petit modèle de l'abcès froid au début ; c'est aussi ce qu'on a nommé la *gomme tuberculeuse*.

Si l'on examine au microscope des coupes de l'un de ces petits abcès, extirpé comme une tumeur, on le trouve formé d'un

amas de cellules embryonnaires dans lequel se rencontrent une ou plusieurs nodosités où les cellules sont plus tassées, et qui contiennent, dans leur centre, une de ces cellules géantes que l'on a désignées comme caractéristiques du tubercule; en somme ce sont des *follicules tuberculeux*.

Ces petites tumeurs ne sont pas fatalement destinées à supurer, elles peuvent guérir par transformation fibreuse, et c'est là un des modes de terminaison que l'on doit chercher à obtenir par le traitement. Mais, au contraire, le centre de la petite tumeur s'est ramolli et nous avons un petit abcès froid avec sa poche et son contenu: dans la paroi nous retrouvons encore la même structure anatomique, des cellules embryonnaires; le détrit central est formé d'éléments déchus et de cellules géantes granuleuses.

Dans les espaces inter-musculaires, là où le tissu cellulaire est plus abondant, des éléments embryonnaires semés de follicules tuberculeux s'accamulent en plus grandes masses, et donnent naissance à des tumeurs qui se guérissent ou se ramollissent pour former des abcès froids profonds; ceux-là ont une tendance à progresser et peuvent nous montrer le mécanisme de cette croissance.

Plaçons ici un petit fait clinique intéressant: le développement de l'abcès froid est-il absolument athermique comme on l'a toujours cru? Non, il résulte des recherches de thermométrie locale appliquée aux régions homologues du corps, que le siège de l'abcès présente toujours une augmentation de température de un demi degré à un degré de plus que le côté sain.

Revenons à l'étude anatomique; la coupe de la paroi d'un abcès froid présente les particularités suivantes:

D'abord une zone interne du côté de la cavité, formée d'éléments embryonnaires en dégénérescence granuleuse. Puis, à mesure qu'on se rapproche de la zone externe, ces éléments se rencontrent plus reconnaissables et plus jeunes. Mais là est le point le plus curieux: dans le tissu cellulaire ou musculaire voisin jusqu'à une distance plus ou moins grande, on rencontre des follicules tuberculeux, de petits amas cellulaires qui grossissent peu à peu; le long des vaisseaux surtout se trouvent des fusées de cellules embryonnaires, les fusées de l'abcès froid. On y voit même des foyers tuberculeux déjà ramollis qui se rapprochent de la paroi, tandis que d'autres, plus avancés, se sont ouverts et versent, comme des glandes, leur contenu dans l'abcès. Si on dissèque avec soin la surface externe, on peut reconnaître, même à l'œil nu, des bourgeons coniques d'un blanc grisâtre comme la paroi et qui s'enfoncent dans le tissu voisin. Voilà toute l'histoire de l'accroissement, on

comprend combien le rôle de la déclivité, des pressions, des résistances des tissus devient secondaire; on voit que la paroi, une fois l'abcès formé, devient la partie active de la lésion; c'est elle qui s'avance, envahissant les tissus cellulaire, musculaire, osseux, même à la façon des tumeurs malignes. L'extension se fait progressivement, ou par poussées, mais elle est toujours la même.

Rattachons à cette étude la formation des abcès ossifluents. Soit une ostéite superficielle, la moelle proliférant dans les canaux de Havers corrode le tissu osseux, puis des bourgeons se montrent à la surface de l'os. Alors, dans l'empâtement qui se produit aux dépens du périoste et du tissu cellulaire, on peut encore reconnaître des cellules embryonnaires et follicules tuberculeux; s'ils se ramollissent, l'abcès est formé.

L'identité des lésions initiales et de l'accroissement consécutif justifient notre plan et nous amènent à poser les mêmes bases du traitement pour tous ces abcès froids. La grandeur des poches purulentes, la longueur de leurs trajets ne donneront lieu qu'à quelques variétés dans les procédés thérapeutiques.

### § 2.—Traitement des abcès froids.

Voilà, sans contredit, une des parties les plus difficiles et peut-être les plus ingrates de la pratique chirurgicale; ces lésions, que tous les médecins sont appelés journellement à soigner, sont des plus difficiles à guérir.

En effet, le malade porteur d'abcès froids n'a pas seulement à souffrir d'un état local; cet abcès n'est que la manifestation d'un état diathésique ancien ou récent: aussi croyons-nous très important, dans ces cas, d'insister sur le traitement général. Le médecin qui entreprend la cure d'un abcès froid, simple ou ossifluent, ne doit pas s'attaquer seulement à la lésion locale, qu'il soit bien persuadé que le moyen le plus sûr, pour le traiter avec succès, est de modifier avant tout l'état général, la constitution de son malade.

Mais ici que de difficultés! les prescriptions devront varier suivant les conditions sociales du malade. S'il est fortuné, la vie à la campagne, le séjour au bord de la mer ou il pourra prendre des bains chargés de principes iodiques, seront conseillés. Les stations du Mont-Dore, la Bourboule, les eaux sulfureuses pourront également procurer beaucoup d'avantages.

Souvent vous aurez à donner vos soins à des malades qui tournent dans le cercle vicieux de la misère à la maladie; à ceux-là vous conseillerez l'hydrothérapie bien pratiquée, les

bains salés dont nous avons vu de bons résultats chez les petits habitués des consultations de nos hôpitaux d'enfants. Vous recommanderez en même temps une nourriture tonique, lait, œufs, viandes rouges, légumes frais. L'huile de foie de morue en hiver, le vin iode (1 gramme de teinture d'iode pour un litre de Bordeaux), ou le sirop d'iodure de fer, en été; telles seront les bases de la médication modificatrice qui vous permettra d'entreprendre avec succès la cure des abcès froids.

Presque tous les moyens locaux de traitement ont du bon et peuvent, suivant les cas avoir quelque utilité. Disons, toutefois, que les procédés antiseptiques modernes ont doté la chirurgie d'un ensemble de méthodes appelées à donner de brillants succès.

Toutes peuvent être rangées sous deux chapitres; celles qui ont pour but de faire résorber le pus, et celles qui, au contraire, se proposent de l'évacuer.

Nous nous garderons de faire un récit fastidieux de tous ces procédés, indiquant seulement ceux qui sont appelés à rendre couramment de signalés services.

Diminuer la production du pus et amener sa résorption serait le beau idéal. Abernethy en 1798 recommanda d'essayer la résorption des abcès par congestion; et nombre de chirurgiens, après le praticien anglais, ont, dans ce but, institué une méthode révulsive qui a souvent donné de bons effets. Parmi les résolutifs divers qui ont été en honneur, nous avons vu obtenir de bons résultats du traitement favori de Guersant et Giraldès, l'application de vésicatoires volants pansés avec l'onguent napolitain et patiemment répétées, trois, quatre, cinq fois; nous avons vu faire disparaître ainsi des abcès froids à l'état de tumeurs dures ou déjà ramollies.

Des applications de teinture d'iode (Bouvier) faites tous les jours jusqu'à exfoliation de l'épiderme sont aussi un bon moyen.

Les douches percutantes, minérales ou de simple eau froide, amènent parfois une résolution très rapide.

Pour les abcès froids simples ou les ossifluents sessiles, nous avons, en 1875, observé dans le service de M. le Dr Léon Labbé les très bons effets d'une méthode mixte qui, tout en diminuant la quantité du pus, modifie puissamment la paroi et amène une réparation rapide. On appliquait sur le tiers de la surface de la tumeur une couche épaisse de pâte de Vienne qui produisait une eschare profonde; dix à douze jours après l'application, elle commençait à se détacher, tandis qu'un léger écoulement de pus se faisait le long de ses bords; puis au moment où elle tombait la cavité de l'abcès, à peu près com-

blée, présentait une surface rose et bourgeonnante. Nous avons vu guérir ainsi un abcès ossifluent sessile de la crête illaque, du volume du poing.

On ne saurait trop insister sur un principe des plus importants surtout dans le traitement des abcès ossiflueux. Il faut que le malade soit condamné à un *repos absolu*; journellement on voit des abcès migrateurs venus de la colonne vertébrale, des abcès de la cuisse symptomatiques d'une coxalgie, diminuer de volume rien que sous l'influence d'une rigoureuse immobilité.

Parlons maintenant des procédés tendant à l'évacuation du pus. L'affection qui nous occupe était autrefois un des *Noli me tangere* de la chirurgie, tant on craignait les complications de l'ouverture. Cependant quand on a suivi l'évolution d'un abcès froid et que tous les moyens sus-énoncés ont été inutiles, quand après une certaine période de résorption ce travail s'arrête, une première question se pose à l'esprit du médecin: Faut-il ouvrir, et quand doit-on ouvrir? Et d'abord il ne faut jamais attendre l'ouverture spontanée; le pus s'accumule en quantité considérable, la peau distendue finit par s'ulcérer et le tout s'accompagne d'un travail inflammatoire des plus dangereux. Boyer est le premier qui l'ait nettement établi, et tous admettent aujourd'hui que les abcès doivent être hâtivement attaqués, les abcès froids superficiels, dès que la fluctuation apparaît, les ossiflueux migrateurs dès qu'ils font une saillie appréciable à l'extérieur.

Là encore, nombreuses sont les méthodes; les unes se bornent simplement à l'évacuation du pus, les autres modifient la poche après l'évacuation au moyen de différents liquides, enfin on a proposé de les attaquer directement et de les enlever comme des tumeurs.

Rappelons comme historique l'ouverture capillaire au moyen d'un stylet rougi au feu, suivie d'aspiration avec une ventouse: procédé de M. A. Petit, renouvelé de Celse, dans lequel on retrouve l'origine de la méthode aspiratrice essayée avec les appareils de Dieulafoy ou de Potain, mais qui n'a pas donné de brillants résultats.

"Il faut ouvrir les abcès pour qu'ils restent fermés," a écrit d'une façon humoristique Abernethy, au moment où il proposa la méthode des ponctions obliques sous-cutanées. Boyer, Alliot de Montagny, J. Guérin, ont combiné avec le repos.

Les injections modificatrices au vin chaud (Dupuytren), à la teinture d'iode (Boinet) ont parfois heureusement agi en les combinant avec la méthode des petites ouvertures.

Mais pour qu'une méthode soit bonne, il faut qu'elle puisse

convenir à toutes les variétés d'une lésion, répondre à toutes les exigences d'un cas donné. Or souvent le contenu des abcès froids est formé de masses plus ou moins concrètes, de grumeaux albumineux ou purulents, de membranes détachées, tous corps qui ne peuvent être évacués par les petites ouvertures ou l'aspiration; et comme le disait Celse: "*Quæ non possant extrahi per, cucurbitulum.*" Aussi les meilleurs procédés sont ceux qui permettent de bien vider tout le contenu de l'abcès et d'agir en même temps sur la paroi. De cette nécessité naquit la méthode des grandes incisions inaugurée par Flaubert de Rhoen, adoptée ensuite par Lisfranc, par Bégin en 1830. Ils ouvraient largement la cavité, évacuaient le contenu et pansaient à plat avec la charpie. La violente inflammation qui résultait souvent de cette pratique, issue cependant d'un bon principe, la fit bientôt abandonner, et Lisfranc lui-même la restreignit au traitement des petits abcès siégeant tout près d'une lésion osseuse.

On pourrait actuellement faire presque table rase de toutes les méthodes que nous venons de rappeler et dont nous avons voulu signaler les points défectueux. Le procédé antiseptique rigoureusement pratiqué compte maintenant des succès qui permettent de l'adopter sans réserve, toutefois sans négliger la thérapeutique générale.

Dans les *abcès froids tuberculeux* ordinaires il faut ouvrir dès qu'il y a fluctuation, bien nettoyer le foyer, modifier sa surface interne au moyen d'un topique tel que la solution de chlorure de zinc au 1, 12, pratiquer le drainage et recouvrir le tout d'un pansement listérien; la réunion se fait d'ordinaire rapidement.

Quand on a affaire à un abcès déjà volumineux, on peut, d'après M. Lannelongue, faire la *décortication* de la paroi avec le doigt ou la spatule, comme si on enlevait un kyste; on la poussera avec soin dans les tajets et leurs anfractuosités. Une fois la tumeur enlevée, vu l'infiltration tuberculeuse des tissus voisins, on doit placer un drain et ne pas chercher la réunion immédiate.

Avez-vous à traiter un *abcès ossifluent sessile*? Le paroi est justifiable des mêmes moyens que ci-dessus; puis, une fois arrivé à la lésion osseuse, quelques ruginations, si elle est superficielle, un évidement ou une résection partielle si elle est plus profonde, doivent être immédiatement pratiqués.

La *décortication* n'est pas toujours facile à faire régulièrement; aussi Volkman a inventé une curette tranchante en forme de cuiller au moyen de laquelle on pratique le grattage des poches purulentes, en suivant exactement tous leurs



recoins, de façon à transformer en plaie saignante une ancienne surface de suppuration. Lister, qui a adopté ce procédé, et M. Lucas-Championnière le recommandent fortement. Ce dernier rapporte, dans son traité de la chirurgie antiseptique, le curage d'un gros abcès froid de la cuisse d'où on retira une poignée de fongosités; l'abcès guérit en quelques jours.

On n'est plus d'avis maintenant d'abandonner les *abcès ossifluents migrateurs* aux forces providentielles de la bienveillante nature; là il faut redoubler de précautions. D'après M. Lannelongue, il ne faut *jamais* les laisser grossir, on doit les ouvrir dès qu'ils paraissent dans une région chirurgicale accessible.

Les uns limités à un membre seront traités par l'ouverture, le grattage ou la décortication, même s'il communiquent avec une jointure.

Dans les grands abcès fémoro-abdominaux, dont le point de départ est souvent une lésion de la colonne vertébrale, M. Lucas-Championnière pratique une ouverture par laquelle il introduit un drain qu'il pousse le plus loin possible, et au moyen duquel on peut faire des injections modificatrices ou phéniquées. Il a vu ainsi diminuer progressivement des vastes poches purulentes qui se transformaient en un simple trajet fistuleux. C'est dans ces cas que les précautions antiseptiques doivent être religieuses; les abords de l'ouverture seront soigneusement garnis de coton phéniqué ou salicylé.

Pour nous résumer, disons en terminant qu'aujourd'hui, tout en faisant un traitement général bien entendu, on doit soumettre ses malades à l'immobilité, tenter les procédés de résorption et, s'ils échouent, attaquer franchement les abcès superficiels ou profonds, simples ou ossifluents, au moyen des procédés nouveaux: le grattage, la décortication, le drainage, aidés par le pansement antiseptique.—*Le Concours Médical.*

**De la trachéotomie par le procédé rapide.**—(Conseillée de toute antiquité, la trachéotomie a reçu dans notre siècle une application des plus utiles, quand Bretonneau et son illustre élève Trousseau la vulgarisèrent dans le traitement du croup. Mais il était permis de chercher à perfectionner le procédé d'opérateur. De nombreux efforts ont été faits dans ce sens; aussi croyons-nous utile de présenter à nos lecteurs quelques réflexions sur une méthode qui diffère du procédé classique.

Tout praticien peut être appelé à faire cette opération d'ur-

gence : beaucoup sont effrayés par la complication des temps, le nombre des mouvements qu'elle paraît nécessiter. Nous leur présentons le procédé rapide comme d'une exécution plus facile, aussi sûre et aussi mathématique. Nous insisterons avec un soin minutieux sur certaines précautions, certaines manœuvres qui en rendent l'exécution plus parfaite : car nous sommes convaincu que si ce procédé a soulevé tant de controverses, s'il a souvent essuyé la critique mordante des scolastiques de la chirurgie, c'est qu'il était imparfaitement connu.

Frappés des pertes de sang souvent considérables qui s'observaient dans la méthode ordinaire, frappés aussi de la longueur de l'opération dans des cas pressants, où le moindre retard peut amener la mort ; les chirurgiens se sont depuis longtemps préoccupés des moyens d'abrégier la trachéotomie.

Vicq-d'Azyr, dans un cas pressant, divisa d'emblée la peau et la trachée.

Plus récemment, Maisonneuve avait inventé un instrument, une sorte d'aiguille de Deschamps, tranchante, destinée à être introduite par ponction dans la trachée, au-dessous du cricoïde et à ressortir en divisant, de la profondeur vers la superficie, toutes les parties molles comprises entre la pointe et le talon de l'instrument. C'était déjà un progrès, bien que la manœuvre de ce trachéotome fût un peu compliquée.

Chassaignac voulant immobiliser le larynx et la trachée, inventa son ténaculum conducteur que tout le monde connaît, et dont on s'est peu servi.

Marc Sée et Benjamin Anger ont construit des trachéotomes dilatateurs, instruments qui peuvent aussi être rangés dans l'arsenal de la méthode rapide.

D'autres voulant ménager le sang de l'enfant ont eu recours au galvano-cautère, puis au thermo-cautère ; mais en présence des escharres parfois plus larges qu'une pièce de 5 fr., qui en étaient la suite, on a dû y renoncer, au moins pour la division des parties molles chez l'enfant.

Ce n'est qu'en 1873 que M. de Saint-Germain, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades, régla la méthode dont nous nous occupons et la nomma : trachéotomie en un temps, ou mieux : trachéotomie avec fixation du larynx.

C'est son procédé que nous présentons aux praticiens comme le plus simple à exécuter et aussi le plus sûr pour l'enfant. L'enfant atteint de croup, subit, du fait de la maladie générale, la diphthérie, un affaiblissement rapide ; il importe donc d'éviter toute perte de sang considérable qui lui serait préjudiciable pour la convalescence. Souvent aussi, ces enfants affaiblis, à moitié asphyxiés, tombent en syncope dans les pre

miers temps de l'opération de Trousseau; c'est là un ennui, un retard que le procédé rapide permettra d'éviter. A côté de ces avantages nous en montrerons d'autres dans le courant de cette étude.

Quelques mots sur les indications immédiates de la trachéotomie, dans les cas de croup, ne nous paraissent pas inutiles. Le croup n'est, on le sait qu'un symptôme non constant de la diphthérie; beaucoup d'enfants meurent de la diphthérie sans croup, nous ne nous en occuperons pas. Chez d'autres le croup existe, mais il est accompagné de phénomènes toxiques, bubons du cou, jettage, etc.; là le cas est embarrassant: "La prédominance des caractères de l'asphyxie dans l'ensemble des symptômes présentés, nous dit Trousseau, est une condition de succès; quand les phénomènes toxiques dominent, l'opération ne doit point être tentée." Mais on trouve dans beaucoup de recueils des observations où l'on a obtenu des guérisons inespérées, même dans des cas toxiques. Aussi nous appuyant sur les conclusions d'une discussion de la société de Médecine des hôpitaux, en 1867, nous croyons qu'après avoir averti l'entourage de l'enfant, du peu d'espoir que l'on conserve, on doit opérer quand même.

Doit-on se condamner à l'inaction dans les cas de croup secondaire consécutif à la rougeole, la variole, la scarlatine, la fièvre typhoïde? Le grand clinicien de la Charité a encore trouvé là une contre-indication formelle. Néanmoins ils ont donné des succès; aussi, là encore, croyons-nous, on doit opérer.

Restent les cas de croup net, franc, où les phénomènes croissants de gêne laryngée dominent toute la scène. Les cliniciens ont depuis longtemps décrit les deux périodes dans lesquelles on peut opérer l'enfant.

Dans la première, la gêne est peu marquée, le tirage presque nul ne s'augmente que par accès, l'enfant est rouge, vultueux, agité, son pouls est fréquent, la peau est chaude. Dans la seconde, les accès de dyspnée se rapprochent, ou, ce qui est plus fréquent, la dyspnée est progressive, l'enfant est pâle, les lèvres sont violacées, la peau se refroidit, on voit un tirage épigastrique et sus-sternal très énergique: en un mot les phénomènes d'anoxémie dominent le tableau, l'enfant s'affaiblit de plus en plus.

Dans sa thèse publiée en 1858, M. Millard a nettement les indications tirées de ces symptômes. Plus tôt l'opération est pratiquée, plus elle a de chances de succès. Le moment favorable est le début des phénomènes d'asphyxie, quand il n'y a encore qu'une cyanose à peine ébauchée. Les opérations

comme il le démontre dans une statistique importante, ont bien plus de succès que dans la période d'asphyxie imminente.

Pour nous résumer, nous croyons pouvoir adopter le principe émis par M. de Saint-Germain dans une leçon clinique du 6 janvier 1881 : " La seule indication formelle, c'est le tirage persistant. Ni le jettage, ni les signes de bronchite pseudo-membraneuse, ne sont des contre-indications. Il n'est jamais trop tard pour opérer, tant que l'enfant n'est pas positivement mort; car une trachéotomie bien faite, ne pourra jamais être mise au rang des causes de la mort."

Avant d'entrer dans la description de l'opération, quelques mots des instruments qui nous paraissent préférables.

Le meilleur bistouri est un bistouri droit, long de quatre centimètres, il a l'avantage de se tenir bien en main. Nous pensons que le bistouri gradué et cannelé de Dubar, le bistouri à arrêt, sont d'un luxe inutile.

Le dilatateur ordinaire est souvent trop court et pas assez coudé; le dilatateur à trois branches de Laborde est incommode, la branche inférieure gênant le jeu des deux autres; aussi nous préférons de beaucoup un dilatateur à deux branches longues de 5 centimètres, minces, et coudées à angle droit, construit par Collin sur les indications de M. de Saint-Germain.

Les canules taillées en biseau, modèle adopté par Barthez et Roger, sont, croyons-nous, préférables aux autres; elles n'exposent pas aux ulcérations de la trachée, elles sont plus faciles à faire pénétrer et peuvent facilement être introduites sur le doigt sans dilatateur.

Signalons un instrument nouveau, la canule avec mandrin conique de M. Péan; cet instrument certainement très commode n'est pas indispensable.

Un praticien qui est obligé de faire une trachéotomie et qui, pris au dépourvu, n'a ni dilatateur ni canules, se rappellera une invention de Maslieurat-Lagémard. Avec deux épingles à cheveux, (on en trouve partout), dont on recourbe à angle aigu l'extrémité coudée et aux tiges desquelles on fixe des cordons, après les avoir courbées en crochet, on peut faire un appareil provisoire qui maintient béante la plaie trachéale.

Une simple table résistante placée devant une fenêtre et un coussin formé d'une bûche ou d'une bouteille roulée dans un oreiller, lui-même serré avec une bande ou une corde, feront la meilleure installation. Si on opère la nuit il faut se servir d'éclairages multiples, et envoyant de la lumière en tous sens.

Nous sommes maintenant en présence du petit malade que

nous devons opérer. Avant de le coucher sur la table, il faut examiner et palper minutieusement le cou de l'enfant; cette exploration pratiquée, lorsqu'il est encore assis, ne l'effraiera pas et ne le fatiguera pas autant que s'il était couché. On doit alors reconnaître si le cou est maigre ou s'il est gras, apprécier si la couche de parties molles qui sépare la peau de la trachée est épaisse ou non; c'est là une condition importante qui indique quelle longueur de lame il faudra laisser pénétrer. D'après les recherches du docteur Dubar (mémoire de 1879) les variations d'épaisseur des couches prétrachéales n'iraient que de 8 à 11 millimètres, limites qui nous paraissent peu étendues: nous avons opéré des enfants de 3 à 4 ans qui avaient bien près de 2 centimètres de parties molles à traverser; c'est rare, nous l'admettons, mais cela se rencontre.

On constatera aussi la présence, le volume, et la direction des veines superficielles. On recherchera ensuite, en allant de haut en bas, l'os hyoïde, et l'angle du cartilage thyroïde: une ligne partant de ce point pour tomber sur le milieu de la fourchette du sternum, marquera exactement la ligne médiane du cou. Un opérateur peu habitué fera bien de la tracer à l'encre.

Au-dessous de l'angle thyroïdien, le doigt en descendant, tombera dans un sillon, le sillon, crico-thyroïdien limité au-dessous par le tubercule du cricoïde, saillie un peu trompeuse et presque nulle chez les jeunes enfants.

On marque le sillon, car c'est là le point de départ de l'incision. Ainsi placée la crico-trachéotomie se pratique dans la région la moins vasculaire du cou, avantage que n'ont pas les procédés de Trousseau ou de Bourdillat. Elle se fait de plus au point saillant du conduit laryngo-trachéal; on voit que ce n'est pas, comme on l'a dit, une opération faite à l'aveuglette, les points de repère sont certains et précis.

Il faut maintenant opérer. Vous couchez le petit patient en faisant porter sur le coussin préparé, non pas le cou, comme beaucoup d'opérateurs le font encore, mais les épaules. À ce moment placez vos aides. "Ne prenez jamais, dit M. de Saint-Germain, dans ses leçons, les parents de l'enfant; si vous n'avez point de confrères sous la main, trouvez des gens courageux ne craignant point la vue du sang: un bon cher du voisinage est souvent le meilleur aide." Vous couchez la tête à cet aide de choix, il la fixera solidement, mais sans la renverser, de façon que le cou soit étendu et souple, mais non courbé en arrière. Cette position défectueuse a été plusieurs fois devant nous cause de syncope chez des enfants presque asphyxiés. Deux autres aides se chargeront: l'un des épaules, l'autre des pieds.

Le champ opératoire est sous vos yeux, à votre main gauche vous allez confier l'importante et difficile fonction de la fixation du larynx. Pour la bien faire, voici ce que conseille l'inventeur de la méthode : " Vous placez les doigts qui doi-  
 vent énucléer le larynx à un centimètre en dehors des faces  
 latérales du thyroïde. Vous rapprochez alors ces doigts de  
 manière que la peau vienne faire, de chaque côté du larynx  
 un repli assez prononcé. Vous pouvez alors enfoncer les  
 doigts dont la pulpe ne rencontre plus de résistance et peut  
 s'appliquer facilement sur les bords postérieurs du cartilage  
 thyroïde."

Dans sa thèse (Paris 1877) le Dr Boissier pense que cette manœuvre peut amener une asphyxie immédiate. Oui, si elle est mal faite et si on comprime latéralement le cartilage thyroïde sans faire à la peau le pli qui permet de saisir ses bords postérieurs. Oui encore, si le cou est trop renversé en arrière, ce qui rend l'énucléation difficile; oui enfin, croyons-nous, si les doigts qui fixent la larynx ne prennent point un point d'appui sur la colonne vertébrale.

Le larynx est fixé, et on a reconnu où est placé le sillon crico-thyroïdien, d'ailleurs on le voit encore mieux marqué par une *dépression transversale*, que la peau ne manque pas de faire à son niveau. C'est dans ce sillon que l'on va plonger le bistouri.

Saisissant alors l'instrument, l'opérateur le prend comme une plume à écrire, et marque le médius placé en vedette sur le côté droit de la lame, une longueur moyenne de un centimètre un quart; il plonge alors le bistouri verticalement, suivant la ligne médiane dans le sillon crico-thyroïdien et l'enfonce jusqu'à ce qu'il ait sûrement pénétré dans le conduit respiratoire. Il ne suffit pas toujours, en effet, comme il nous est arrivé quelquefois, et comme nous l'avons vu faire, d'avoir enfoncé un centimètre un quart de lame; dans les cous épais c'est insuffisant, aussi le seul critérium est la sensation de résistance vaincue et un sifflement spécial qui ne marque presque jamais. On comprend d'après cela, pourquoi nous conseillons de faire la ponction verticale avec précaution et lenteur. Une fois que l'on est sûr d'avoir pénétré, on fait un mouvement de scie verticale pour diviser en même temps, peau, parties molles et trachée, dans une longueur de un centimètre et demi à deux centimètres environ; enfin, on termine en abaissant le talon de l'instrument de façon à faire à la peau une plaie un peu plus longue qu'à la trachée. Nous tenons à insister sur ce fait, que, dans le second mouvement de l'incision, le mouvement de scie, il faut toujours laisser la lame

*également engagée*, à cause que la trachée est d'autant plus profonde qu'on s'éloigne du cricoïde; sans quoi, ce qui nous est parfois arrivé, on ferait à la trachée une incision trop petite.

Voilà donc l'incision faite et les quatre premiers temps de l'opération de Trousseau remplacés par un seul. Nous n'avons pas eu besoin d'aller, comme nous l'avons vu faire tant de fois, chercher au fond d'une plaie baignée de sang une trachée mobile qui ne cherche qu'à fuir. De plus, nous sommes sûrs du parallélisme parfait des plaies trachéale et cutanée; et si notre larynx était bien fixé, nos points de repère bien pris, nous n'avons pu inciser que sur la ligne médiane. Dans ce procédé opératoire, rien n'est laissé au hasard.

Reste l'hémorrhagie. Dès que l'incision est terminée, le sang se précipite; mais à ce moment l'indicateur gauche est vivement porté dans la plaie et va obstruer l'ouverture trachéale, qu'il ne doit plus quitter, empêchant ainsi le sang d'y pénétrer. La main droite s'arme alors du dilatateur à longues branches, l'introduit dans la trachée, en le guidant sur l'index gauche; on le fixe à son cran d'arrêt, et on fait asseoir l'enfant.

L'enfant respire et on a tout le temps de placer la canule que l'on glisse comme dans l'autre méthode entre les branches du dilatateur. Nous devons dire qu'il arrive souvent chez les très jeunes enfants dont la trachée est très étroite, que le dilatateur aplatit cet organe et occupe dans son calibre une place telle, que l'entrée de la canule est impossible: nous l'avons, dans ces cas, introduite plus facilement sans dilatateur en la guidant sur le doigt dont l'ongle écarte la lèvre droite de la plaie trachéale.

Telle est, dans ses plus minutieux détails, l'opération de la trachéotomie en un temps. Ce procédé a-t-il à son passif plus d'accidents que l'autre? Non. On a objecté la possibilité de la perforation de la paroi postérieure de la trachée. Eh bien, sur deux cent cinquante opérations pratiquées par M. de Saint-Germain, une seule fois la paroi postérieure a été piquée, c'étant dans le début, alors qu'il ne limitait pas, avec son doigt, l'action de sa lame.

Les hémorrhagies ne se sont pas montrées plus souvent, au contraire, et toujours elles ont été facilement arrêtées par l'introduction d'une canule plus grosse ou l'application de quelques lames d'amalou.

Bien que le résultat final, guérison ou mort, tiennent peu au procédé employé, nous ferons néanmoins remarquer que la moyenne fournie n'est pas plus mauvaise qu'avec les autres méthodes. M. de Saint-Germain a obtenu un succès sur un peu moins de quatre opérés, presque un pour trois et demi.

En terminant, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes. Bien pratiquée, cette opération l'emporte sur toutes les autres par sa rapidité; on peut la faire en quinze, dix, sept et même cinq secondes à partir du moment où le bistouri attaque la peau, jusqu'à celui où la canule est définitivement fixée.

Cette rapidité d'exécution diminue les chances de syncope opératoire.

On perd le minimum de sang.

De plus, nous croyons pouvoir affirmer que l'incision, en elle-même, réunit toutes les qualités: parallélisme parfait, netteté du trajet. On n'a point à aller laborieusement à la recherche de la trachée; on ne fait point de décollements dans les couches que traverse la plaie comme dans les autres méthodes; et ainsi on s'expose moins dans la suite aux complications locales, ulcérations, gangrène, ou diphthérie de la plaie.

—*Le Concours Médical.*

## OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

**Durée de la vie de l'enfant dans l'utérus après la mort de la mère.**—Sur 379 cas dans lesquels l'opération césarienne fut faite après la mort, 308 enfants vinrent morts, 37 donnaient encore des signes de vie; 34 étaient vivants. Parmi ces derniers, 5 vécurent assez longtemps, le Dr GARESKI rapporte dans la *Presse médicale belge* les expériences qu'il a faites sur les animaux pour rechercher la durée de la vie de l'enfant après la mort de la mère. Les résultats auxquels il est arrivé sont les suivants:

- 1<sup>o</sup> Il n'est pas douteux que, en cas de mort subite de la mère, le produit survive;
- 2<sup>o</sup> L'extraction d'un fœtus vivant est probable si elle est faite pendant les six premières minutes qui suivent la mort de la mère;
- 3<sup>o</sup> On peut encore espérer rappeler à la vie, malgré le degré d'asphyxie, les enfants extraits 6 à 10 minutes après la mort;
- 4<sup>o</sup> On pourrait même encore les sauver après 10 à 21 minutes;
- 5<sup>o</sup> Souvent le fœtus est déjà fortement asphyxié après la première minute;
- 6<sup>o</sup> La survie du fœtus est d'autant plus longue que l'intervalle de temps qui s'écoule entre la cause de la mort et la cessation complète des mouvements du cœur est plus court;
- 7<sup>o</sup> La mort de la mère par intoxication rapide est plus favorable à la survie du fœtus que la mort due à d'autres causes.—*Le Médecin Praticien.*



---

# L'UNION MÉDICALE DU CANADA

MONTREAL, OCTOBRE 1881.

*Comité de Rédaction :*

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

---

## GARFIELD.

---

La mort du président Garfield a donné lieu à une foule d'appréciations et de commentaires dont plusieurs ne sont rien moins que flatteurs pour la profession et surtout pour les médecins et chirurgiens qui avaient charge du malade. Le succès justifie tout, mais rien ne justifie un échec. Les mécontents ont bien eu soin de ne pas laisser échapper une occasion si favorable.

On connaît les faits ; les journaux médicaux et politiques nous les ont répétés à satiété. Récapitulons en deux mots : Le 3 juillet, le président Garfield tombe frappé d'une balle de fort calibre. Le projectile fracture la onzième côte droite, la dixième d'après le Southern Clinic de Richmond) dévie légèrement en bas, traverse les parties molles sans lacérer le foie, traverse le corps de la première vertèbre lombaire et s'arrête à un pouce et demi à gauche de la colonne vertébrale en dessous du pancréas. Quatre-vingts jours après, le blessé meurt de pyémie et à l'autopsie on constate qu'on s'est trompé du tout au tout sur le trajet du projectile, et voici pourquoi. L'état du malade ne permettant pas de sonder la blessure pendant les premiers jours qui suivirent l'attentat, l'ouverture interne de la paroi abdominale eut tout le temps de se fermer par inflammation adhésive, pendant que la côte fracturée et les esquilles d'os déterminaient une suppuration qui se fraya dans l'épaisseur des tissus un trajet qui descendait presque jusqu'à la fosse iliaque. Or, quant on put aller à la recherche de la balle ce trajet seul restait ouvert et on le prit naturellement pour celui du projectile. Bien d'autres s'y seraient trompés et l'erreur n'était pas de nature à changer en aucune

manière l'issue du cas ni à modifier le traitement. Les incisions qu'on a pratiquées à cet endroit auraient eu leur indication et les chirurgiens les auraient faites quand même ils auraient su avoir affaire à un simple trajet purulent. La seule différence qu'il y aurait eu si on eut connu tout d'abord le trajet réel du projectile est que le pronostic aurait été fatal dès le début, et le Dr Hamilton n'aurait assurément pas joué sa réputation professionnelle sur l'issue heureuse du cas.

Le Dr Boynton ne paraît pas satisfait de l'autopsie dont il dit avoir été le témoin oculaire et d'après les faits qu'il rapporte il y a peut-être là matière à critique. En effet le Dr Boynton dit qu'avant de procéder à l'autopsie on a fait une injection conservatrice dans les artères du cadavre ; que le cœur n'a pas été ouvert ; que les poumons n'ont été examinés que *in situ*, que les intestins remplis d'adhérences par une péritonite généralisée ont été enlevés en masse, sans être ouverts, et portés dans un appartement voisin.

Le fait seul d'une injection conservatrice préalable rendrait nulle une autopsie judiciaire. Dans le cas présent on a constaté la rupture d'une des artères mésentériques, sans qu'on put dire laquelle. Or n'est-on pas en droit de se demander si ce vaisseau n'a pas été rupturé par la pression de l'injection, ou au cours de l'autopsie en voulant défaire les adhérences de l'intestin. Si la balle avait déterminé un foyer purulent, l'artère aurait pu être corrodée par le pus, mais on sait que le projectile était enkysté. Il y a donc là un point obscur.

Pour l'honneur de la profession américaine que nous avons appris à respecter, nous n'acceptons que sous toute réserve les détails du rapport que nous ont transmis les journaux, car s'il fallait les prendre à la lettre, l'autopsie en question serait loin de nous donner une idée juste de la compétence de nos confrères américains, et nous attendons avec impatience le rapport officiel qu'on ne saurait manquer de publier.

Pour nous, le traitement qu'on a fait suivre au blessé n'a rien qui puisse prêter prise à une critique malveillante et fait honneur aux hommes éminents qui en étaient chargés. L'erreur de diagnostic est évidente et considérable il est vrai, mais n'a produit aucune conséquence détrimentale au malade.

Comme les chirurgiens le savent, les blessures par armes à feu de la portion spongieuse des vertèbres sont excessivement graves, leur résultat fatal n'a rien qui puisse étonner, et la pyémie n'est pas la seule complication qui puisse l'amener.

---

## Le listérisme.

La question du listérisme nous offre, en ce moment, des péripéties et des changements à vue des plus surprenants. Tandis que d'un côté le Professeur Nussbaum voudrait rendre la méthode de Lister compulsoire en Allemagne sous peine de *mal-practice*, de l'autre les délibérations du congrès médical international de Londres (du 6 août dernier) tendraient à la faire rejeter de la chirurgie intra-péritonéale. Keith jusqu'alors listérien s'en déclare l'ennemi acharné, tandis que Spencer Wells reste tellement convaincu de l'efficacité du listérisme qu'il dit que le drainage est devenu inutile et ne l'a pas employé depuis trois ans; Marion Sims, n'est pas aussi affirmatif mais reste listérien; Volkmann et Kugel enfin considèrent la chirurgie intra-péritonéale comme la pierre de touche du listérisme. Voilà où en est la question et nous n'avons pas assurément la prétention de la trancher, mais si d'un côté les prétentions de Nussbaum, Volkmann et Kugel sont exagérées, de l'autre les faits que Keith apporte à l'appui de sa thèse sont loin de paraître assez concluants pour exclure le listérisme de la chirurgie intra-péritonéale. Voici ces statistiques telles que nous les transmet un correspondant du "Boston Medical and Surgical Reporter": Il est vrai, dit Keith, que j'ai eu avec la méthode de Lister 80 succès consécutifs d'ovariotomie, mais dans les 25 cas suivants, j'ai perdu sept malades dont une de septicémie aiguë, trois par empoisonnement évident par l'acide carbolique et une d'hémorrhagie rénale. Et il ajoute que depuis quatre mois, il a abandonné le listérisme et que ses cas lui donnent beaucoup moins de trouble et des résultats plus satisfaisants, sans autre agent que la propreté la plus scrupuleuse.

Il ne faut pas exiger d'une méthode plus qu'elle peut donner, ni lui imputer trop rigoureusement quelques accidents isolés, et pour ne parler que de la statistique de Keith, quand même il aurait constaté l'empoisonnement par l'acide carbolique trois fois sur 105 cas, il nous paraît exagéré de conclure au rejet, sans appel, de la méthode; et 98 succès dont 80 consécutifs sur 105 cas seront peut être difficiles à obtenir sans antiseptiques, attendons! L'opinion de Volkmann et Kugel leur est à peu près personnelle et ne paraît pas être partagée par un grand nombre de chirurgiens. Lister lui-même est loin d'écarter de semblables prétentions. Keith n'est pas le seul qui ait constaté les accidents dus à l'acide carbolique, mais nul autre

lui n'avait osé tirer de semblables conclusions de cas trop peu nombreux et qui peuvent être dus tout aussi souvent à la manière dont l'agent antiseptique est employé qu'à l'agent lui-même, presque tous les remèdes de la pharmacopée en sont là. Et, tout au moins, avant de rejeter la méthode de Lister il nous paraîtrait plus logique de chercher à substituer à l'acide carbolique un autre antiseptique qui en ait les précieuses qualités sans en avoir les inconvénients. Avant Lister la chirurgie intra-péritonéale et l'ouverture des articulations n'étaient guère heureuses et nous croyons plus prudent d'attendre que Keith ait pu compter 80 succès consécutifs avec sa méthode avant de lui donner la préférence, à l'exclusion *complète* de celle Lister.

---

### Greffe osseuse.

---

La greffe osseuse est le triomphe le plus récent et non pas le moins brillant qu'ait eue la chirurgie moderne. Le mérite en est dû au Dr MacEwen qui en a conçu l'idée et l'a appliquée le premier avec succès. En 1878 un enfant de trois ans fut reçu au "Glasgow Infirmary" pour une nécrose de l'humérus droit dont le corps était déjà séparé de l'épiphyse. Quinze mois après que la partie nécrosée eut été enlevée, l'os ne s'était pas reproduit et les deux tiers du corps de l'humérus manquaient. Le Dr MacEwen qui avait en ce moment sous la main un cas de courbure antérieure du tibia put se procurer des fragments d'os sains qu'il divisa en un grand nombre de petits morceaux, et guidé par ses connaissances anatomiques, il les déposa au sein des masses charnues dans la position normale de l'humérus. Le succès couronna cette heureuse tentative, les fragments se réunirent entr'eux, puis aux extrémités de l'os préexistants et le résultat final fut la formation d'un nouvel os d'un demi ponce seulement plus court que son congénère. Un mois avant que le Dr MacEwen ne publiât son cas, le Dr MacNamara du Westminster Hospital avait annoncé à ses élèves son intention de tenter la greffe osseuse mais l'état général du malade n'étant pas propice il avait dû remettre à plus tard l'exécution de son dessein.

Malgré que l'opération ne soit pas souvent requise, la nature se suppléant le plus souvent à elle-même, elle n'en constitue pas moins, le cas échéant, un grand bienfait pour l'humanité. Le Dr MacNamara dit que l'idée de la greffe osseuse lui a été suggérée par le succès obtenu dans la transplantation des dents.

## Hôpital Notre-Dame.

---

Un correspondant du *Monde* qui signe "Un Lecteur" se plaint que la rue du Champ-de-Mars est infectée par les exhalations des écuries, d'une tannerie et par l'Hôpital Notre-Dame "qui exhale des odeurs peu *salutaires comme on peut s'attendre d'un établissement de ce genre.*" Si le correspondant s'attend à cela, il lui en coûterait peu de se détromper et il voudra nous permettre de nous attendre à tout autre chose d'un hôpital de soixante lits qui dispose d'un local aussi vaste et si bien aéré. Ceux qui ont eu l'occasion de visiter l'hôpital peuvent juger des avancées du "Lecteur." Il trouverait l'air de l'hôpital embaumé si, comme nous médecins, il respirait de temps à autre l'atmosphère méphitique de certaines maisons privées (qui ne sont pas rares par malheur) et dont les hôtes se trouveraient bien d'un séjour momentané à l'hôpital.

Si les officiers de santé, se rendant complaisamment à l'invitation du "Lecteur," se décidaient à visiter l'hôpital Notre-Dame, le correspondant ferait bien de les y accompagner, il apprendrait ce que ces messieurs savent déjà : que la santé publique n'est nullement compromise par l'hôpital, mille fois moins que par les locataires qui occupaient la bâtisse avant que l'hôpital fut fondé.

---

## Tarif médical.

---

Notre nouveau tarif, quoique diminué, tombe encore sur les nerfs de quelqu'un. Un correspondant (nous ont-ils pris à parti) se plaint que nos honoraires sont fabuleux et que le public est à notre merci pieds et poings liés comme un voyageur au milieu d'une troupe de brigands. De deux choses l'une, ou ce monsieur ne pèse pas notre travail, notre responsabilité et nos sacrifices dans la même balance que nous, ou il ignore que c'est là un tarif maximum et que le minimum qui n'a pas de limites audessus du zéro est malheureusement plus usuel que le premier. Il se demande (le voyez-vous d'ici) combien d'argent nous recevons que nous n'avons pas gagné ! Quelqu'un lui répond en retournant l'argument : Combien d'argent nous gagnons que nous ne recevons

pas. Nous ne voudrions pas jurer qu'il n'en sait rien. Nous pouvons bien le dire une fois—le médecin, ici comme ailleurs, est un des membres de la société qui fait le plus souvent la charité. C'est peut-être souvent par intérêt, la conscience de chacun peut seule en juger.

---

**Question Universitaire.**—Un télégramme reçu de Rome, le 21 septembre dernier, nous apprend que l'Université Laval a gagné sa cause.

---

### Brochure reçue.

*The Charming Cross Hospital and School of Medicine, 1881-82*

---

### Bureau Provincial de Médecine.

---

L'assemblée semi-annuelle du Bureau Provincial de Médecine a eu lieu à Québec, le 28 septembre dernier. Les gouverneurs suivants étaient présents :

Dr R. P. Howard, Président ; les Honorables Docteurs Théodore Robitaille, J. J. Ross, Drs Ladouceur, Come Rinfret, Gervais, Perreault, Belleau, Rottot, Campbell, Austin, Kennedy, Lafontaine, Bonin, Marmette, Lemieux, Hingston, Gingras, Worthington, Craigk, Marsden, Laberge, Gibson, R. F. Rinfret, Rodgers, Sewell, Parke, E. P. Lachapelle, Rousseau, de St-George.

Les Drs Howard, Robitaille, Marsden et Hingston payèrent un juste tribut d'éloges à la mémoire du Dr F. A. H. LaRue, décédé à Québec, le 25 septembre, et des résolutions de condoléance furent adoptées.

Sur rapport du Bureau d'examen préliminaire, les Messieurs suivants furent admis à l'étude de la Médecine : Wm. McClure, Lachute ; J. J. R. Church, Aylmer ; H. Dazé, Montréal ; D. Caisse, Lanoraie ; J. Piedalue, Lacadie ; Ls. F. Lepage, Rimouski ; Gédéon Chabot, St. Martin ; Aug. Gagné, Kamouraska ; A. Laurendeau, St. Barthelémi ; Alfred Morin, Baie St. Paul ; J. Deschambault, Montréal ; F. Tremblay, Baie St. Paul ; A. Beaudoin, St. Roch de l'Acadian ; H. Brodeur, Varennes ; Ocor Cloutier, Ste. Monique de Nicolet ; P. Grandpré, St.

Cuthberth; Siméon Grondin, Québec; Jos. Houle, St. Robert; Jos. Jetté, St. Paul l'Hermitte; L. Noël, Lotbinière; Hector Palardy, St. Hugues; Aldebert Poissant, St. Edouard; Alph. Thibault, St. Jérôme, J. A. Toapin, St. Isidore.

Sur rapport d'un comité spécial, nommé à l'assemblée du mois de mai dernier, il est résolu qu'à l'avenir, la License du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec ne sera accordée aux porteurs de diplômes universitaires, qu'en autant que ceux-ci auront passé leur examen final, à l'expiration de leur quatrième année d'études médicales, depuis leur admission à l'étude, et qu'ils auront suivi au moins trois sessions de cours universitaires, dont une durant leur première année et une durant leur quatrième année d'études.

Le Trésorier soumet son état financier établissant que la recette totale de l'année a été de \$5,669.93 et la dépense de \$4,032.44, laissant une balance en caisse de \$1,637.49.

Après avoir expédié les affaires de routine ordinaires et avoir adopté différents rapports, le Bureau accorda la Licence aux porteurs de diplômes suivants: Université Laval (Québec).—L. H. Philéas DeBlois, M.D., St. Henri de Lauzon; Aimé Trudel, M.D., Trois-Rivières; Is. Chaussegros De Lery, M.L., St. François, Beauce; Napoléon Mercier, M.L., St. Jean-Chrysostôme; Chs. Noël Barry, M.D., Ste. Anne de la Pêrade; Pierre Alex. Gauvreau, M.L., Rimouski. Université Laval (Montréal).—Jos. Ed. Lemaître, M. D., Pierreville; Gustave Demers, M. D., Montréal. Université Victoria.—A. Gibeault, M.D., C.M., St. Jacques l'Achigan; Gilbert Huot, M.D., C.M. Université McGill.—Wm L. Gray, M.D., C.M.; George T. Ross, M.D., C.M. Bishop's College.—Frank N. R. Spendlove, C.M., D.M., Robert H. Wilson, C.M., M.D. M. T. J. Seymington gradué du Queen's College, Kington, Ont., obtint sa licence après avoir passé un examen heureux.

---

## NECROLOGIE.

---

### Le Professeur LaRue.

Le Dr F. A. Hubert LaRue, professeur à la faculté de médecine de l'Université Laval, s'est éteint à Québec, le 25 sept dernier, à l'âge peu avancé de 48 ans, et après une maladie de quelques jours seulement. En lui, l'Université perd le plus brillant de ses professeurs, les lettres canadiennes un de leurs meilleurs talents et la patrie toute entière un de ses enfants les plus distingués.

Le Dr LaRue était né à l'Île d'Orléans. Après son cours d'études classiques fait au Séminaire de Québec, il fut inscrit au nombre des premiers élèves qu'ait eus l'Université Laval, et son nom figure avec distinction en tête de la liste des licenciés en médecine de l'Université. Les talents et les succès du jeune LaRue l'avaient depuis longtemps fait remarquer de ses maîtres : l'Université songeait déjà à l'adjoindre au corps de ses professeurs ; on lui facilita les moyens de se rendre en Europe où il suivit pendant plusieurs années les cours des plus célèbres universités de France, de Belgique et d'Allemagne, étudiant d'une manière toute spéciale et sous la direction des maîtres de la science la médecine légale, l'anatomie pathologique, l'hygiène et la chimie. A son retour, il était nommé professeur de ces dernières sciences à la faculté de médecine de l'Université, après avoir subi avec un succès des plus distingués l'épreuve si difficile du Doctorat et soutenu publiquement une thèse fort remarquable sur le *Suicide*.

Comme l'a si bien dit un de ses biographes, le Dr LaRue avait le génie du professorat. Esprit lucide servi par un organe éclatant ; élocution pure, naturelle, animée ; geste facile et dégagé ; méthode simple, claire comme le soleil. C'est dans la chaire de professeur, en face d'un auditoire attentif que le Dr LaRue se montrait sous son véritable jour. Il développait les thèses les plus difficiles, traitait les sujets les plus ardues avec une aisance et une netteté telles, que, pour ses nombreux élèves, l'entendre c'était comprendre. L'Université Laval pourra avoir des professeurs aussi instruits, mais difficilement elle en aura de supérieurs à lui pour la manière de donner l'enseignement. Il avait le don d'intéresser ses élèves, de captiver leur attention, si bien, qu'à ses cours, ils apprenaient sans pour ainsi dire s'en donner la peine. Au besoin, il savait donner aux choses les plus sèches et les moins amusantes une tournure paradoxale qui les rendait intéressantes à ses auditeurs. Jamais on ne voyait à ses cours un élève endormi ou distrait. Ce n'est pas lui qui se serait jamais avisé de croire qu'un cours doive être une encyclopédie du sujet qu'on traite, et qu'un professeur ne doive omettre aucun détail. Il savait grouper avec art les principes et se montrer sobre de détails, n'allant pas au-delà de ce qui était nécessaire pour ne pas rester dans l'abstraction, et donner une tournure pratique à son enseignement. Il comprenait parfaitement que le professeur doit viser non pas à faire des savants de ses élèves, mais à leur faire aimer la science et désirer son acquisition, et à les mettre en état de l'acquérir ensuite par eux-mêmes au moyen de l'étude et de la réflexion.



Aux examens, le Dr LaRue se montrait d'une grande sévérité envers les élèves, et pourtant il jouissait parmi eux d'une grande popularité. Nuls cours n'étaient plus assidument suivis que les siens. Aucun professeur n'a peut-être exercé une plus grande influence sur la jeunesse universitaire à Québec.

Si le Dr LaRue n'avait pas son supérieur pour le talent comme professeur, il était aussi sans rival comme conférencier. On se disputait les sièges d'une salle dès qu'on savait qu'il devait donner une conférence ou un cours public. Tout le monde se rappelle les cours publics qu'il a donnés à Québec sur *l'Hygiène générale et la Chimie appliquée*.

Inutile de dire que le professeur LaRue était un savant dans toute la force du terme. La chimie n'avait pas de secrets pour lui, et il l'aimait pour ainsi dire passionnément. Mais sa science ne se bornait pas à la seule théorie, elle était avant tout pratique. Il possédait surtout à fond les diverses applications de la chimie aux arts et à l'industrie, et en particulier à la métallurgie. On sait qu'il était l'inventeur d'un procédé pour séparer l'oxide magnétique du sable noir, procédé qui reçut la plus heureuse application lors de l'exploitation des mines de fer de la rivière Moisie.

Comme médecin légiste le Dr LaRue avait une réputation sans égale dans le pays. Il a été employé comme expert ou analyste dans la plupart des grandes causes criminelles qui se sont déroulées dans les cours du district de Québec et des districts voisins, et jamais l'on a eu à revenir sur les opinions medico-légales qu'il avait formulées ou les expertises qu'il avait faites. A Paris, il avait été l'élève d'Orfila.

Comme on le voit, ce n'est pas un homme ordinaire qui vient de mourir, et tous ceux qui l'ont bien connu ou qui ont eu avec lui quelques rapports comprendront seuls quelle perte l'Université et le pays viennent de faire et quel vide impossible à combler ce départ vient de créer parmi nous.

---