

## Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

- 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:

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

- Coloured 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.

# LA GAZETTE MÉDICALE

## DE MONTREAL

Revue Mensuelle de Médecine, de Chirurgie et des  
Sciences accessoires

---

VOL. III. MONTREAL, JANVIER 1889. No 1.

---

TRAVAUX ORIGINAUX.

---

### TABES ET HYSTERIE ASSOCIES

### HYSTERIE ET SCLEROSE EN PLAQUES ASSOCIÉES.

---

IMPORTANCE DE L'EXAMEN DES YEUX DANS LES  
MALADIES NERVEUSES.

---

Je vous ai souvent parlé de l'autonomie de chacune des grandes affections qui constituent la neuropathologie ; la fixité de l'espèce morbide nous permet de reconnaître les types, même quand ils sont frustes ou associés. A ce sujet nous allons trouver l'occasion d'appliquer les connaissances ophthalmologiques à la détermination des maladies nerveuses.

L'ataxie locomotrice par exemple a sa lésion oculaire propre, qui est la papille naquée, suffisante à elle seule, pour établir le diagnostic.

La sclérose en plaques a sa névrite optique, et le plus souvent son nystagmus.

L'hystérie son rétrécissement particulier du champ visuel et son achromatopsie propre (rouge conservé).

L'ophthalmologie, comme on va le voir dans cette leçon, nous mettra souvent sur une piste que nous n'aurions pas suivie sans elle, et, sous

un premier diagnostic bien établi, nous en fera trouver un autre, tout aussi corsé, tout aussi net, de manière à fournir un exemple remarquable d'analyse clinique.

## I

La femme que vous avez devant les yeux a 58 ans, et, toutefois, ses maladies (car elle en a deux) ne sont pas des maladies séniles. Rappelons encore qu'il n'y a pas d'hybride en pathologie : il y a des associations, mais les espèces morbides co-existent l'une à côté de l'autre.

La première maladie remonte à 12 ans.

Il semble que nous devions rester ici dans l'ignorance des antécédents héréditaires ; car cette dame est une enfant trouvée, trouvée dans la rue à Valogne, élevée dans un hospice et mise en pension dans une famille jusqu'à 12 ans, elle présentait déjà des signes de dégénération : on eut pu, semble-t-il, prévoir cela a priori ; par le seul fait de l'abandon de leur enfant, les parents, inconnus, n'étaient vraisemblablement pas des normaux ; leur action était ignoble ; mais on peut se demander jusqu'à quel point ils étaient responsables.

Toujours est-il que cette enfant a pissé au lit jusqu'à 16 ans : elle a été servante, puis elle a épousé un marin du Havre, qui est mort au bout de 12 ans et ne semble pas l'avoir rendue malheureuse. Elle a toujours donné les signes d'une sensibilité malade que l'on considère, avec juste raison, comme une marque de dégénérescence ; car dans le *Struggle for life*, il faut opposer une certaine résistance aux émotions pour avoir toute son activité disponible. Notre malade ne peut entendre un air triste sans fondre en larmes ; la vue d'une communion, d'un enterrement la fait sangloter. Ce qui produit chez nous des émotions à peine ébauchées, portent les siennes au maximum, de sorte que, tout obscur que soit son passé héréditaire, on peut affirmer qu'il y a eu des nerveux dans sa famille.

La première maladie donc a débuté, il y a 12 ans, par des douleurs dorsales d'une rare violence et qui n'ont pas cessé de 4 jours et 4 nuits ; il lui semblait avoir sur le dos un visicatoire à vif, du fonds continu des douleurs paraissent des élancements ; le moindre frôlement sur la région dorsale lui faisait l'effet d'une écorchure ; une pression plus intense était mieux supportée.

Ce choc, ces élancements, puis cette hyperesthésie sont caractéristiques de douleurs fulgurantes, un peu anormales, il est vrai, quant au siège de début. Surviennent alors des douleurs en ceinture (c'est en 1876 et elle a 46 ans). Ce début solennel a été, pour ainsi dire, comme la première atteinte de la griffe pathologique. Quelque temps après,

éclataient dans les jambes des douleurs semblables à celles du dos, que la malade compare à des coups de couteau qui lui larderaient successivement et parfois simultanément les genoux, les cuisses et les mollets, et qui, d'autres fois, traverseraient ces parties comme des traits de feu, cela dure jour et nuit pendant 4 ou 5 jours (cela peut durer 8 jours), puis disparaît pendant 5 ou 6 semaines ou 2 mois, mêmes plaques hyperesthésiques que sur le dos : il n'y a qu'une maladie où l'on voit cela, nous pouvons dire dès maintenant que c'est une tabétique.

De pareilles douleurs se sont ensuite montrées aux bras, aux coudes, aux poignets, aux doigts, puis dans les deux mains, mais jamais ensemble.

Cette femme désigne assez bien, comme siège principal de ses crises douloureuses, le trajet du cubital : le siège de prédilection (non pas absolument exclusif) des douleurs fulgurantes aux membres supérieurs est en effet le domaine du cubital ; par exemple l'engourdissement des deux derniers doigts de la main est quelquefois la première révélation du tabes ; si avec cela on trouve soit de la diplopie, soit une chute de la paupière, etc., c'est suffisant pour faire un diagnostic.

A une époque ultérieure, au milieu de ses douleurs fulgurantes, se sont produits des vomissements, elle a vomi pendant 12 heures de suite ; c'est la crise gastrique, classique du tabes. Ces vomissements sont glaireux non alimentaires, dépourvus de bile, c'est une sorte d'eau grise. Ces vomissements se produisent en effet en même temps que les douleurs fulgurantes, ils sont incoercibles. Un peu plus rares chez notre malade depuis un an, ils se produisaient autrefois tous les 4 ou 5 mois, et de fait, si on note, sur un calendrier, les crises gastriques au fur et à mesure qu'elles se produisent, on voit qu'elles affectent une régularité assez marquée. Ces crises gastriques peuvent être les phénomènes tabétiques du début.

Des douleurs de dos ou de reins, assez vives, s'accompagnent de vomissements : combien de fois cela n'a-t-il pas été pris pour des gastralgies ou pour des crises hépatiques ? on envoie les malades à Vichy où ils n'ont rien à gagner. La recherche des réflexes ou des autres signes tabétiques auraient épargné une grave erreur.

Il y a deux ans, la marche de notre malade est devenue difficile, il lui semble qu'elle marche sur quelque chose de mou, ou comme dans le vide (quelques tabétiques prétendent marcher comme sur des boules). La démarche classique de l'ataxie locomotrice avec projection des pieds, la pointe en l'air, n'est pas à vrai dire la plus commune, et cette femme n'a pas la démarche classique, sitôt debout ses genoux fléchissent : c'est ce que les anglais appellent *giving away of the legs*, (déro-

bement des jambes) phénomène qui se montre souvent avant la démarche tabétique tout à fait indépendant des douleurs fulgurantes. A quoi cela tient-il physiologiquement? on n'en sait rien! La démarche de notre malade est la conséquence de ce déroboement des jambes qui, chez elle, se produit sans cesse et ce n'est qu'au milieu de ces déroboements successifs qu'elle peut progresser.

Si on lui fait fermer les yeux, elle oscille de tous côtés et menace de tomber (signe de Romberg).

Les réflexes rotuliens sont entièrement abolis (signe de Westphal).

Nous l'interrogeons ensuite au sujet de sa vessie, car on connaît couramment aujourd'hui les phénomènes vésicaux du tabes qui apparaissent souvent dès la période préataxique; le malade urine péniblement, avec efforts, par saccades, et pisse quelquefois au lit. Il s'adresse au chirurgien qui, ne trouvant rien de sa compétence, reconnaît ce que monsieur Guyon appelle un *faux urinaire*. C'est précisément le cas de notre patiente; mais heureusement pour elle, ses urines ne sont pas fétides, car ce serait l'indice d'une de ces cystites, qui se produisent souvent au cours du tabes, et finissent par l'ulcération, constituent un des ennemis les plus redoutables du tabétique.

Il n'y a guère que 24 ou 25 signes tabétiques, mais il n'en est pas un seul qui ne puisse ouvrir la scène; de sorte qu'en les inscrivant chacun sur un papier, en les mêlant au fond d'un chapeau et en tirant au hasard on tombera toujours sur un signe susceptible d'être un signe de début, et de s'associer à ce titre à l'un quelconque de ceux qu'on tirera par la suite: soit, par exemple, *absence des réflexes* et *signe d'argyle Robertson*, c'est un mode de début du tabes; qu'un second tirage amène: *douleurs fulgurantes* et *papilles nastrées*, ce sera encore un mode de début du tabes, etc., etc., de sorte qu'on pourra et qu'on devra diagnostiquer l'ataxie locomotrice longtemps avant l'incoordination des mouvements des membres inférieurs et même quand cette incoordination ne devrait pas se manifester dans l'avenir.

C'est ainsi qu'hier M. Charcot a vu un vieux malade qui se plaignait de difficultés dans la miction, ajoutant qu'il avait des douleurs rhumatismales depuis l'âge de 25 ans, il en a 72, c'est un tabétique: il se promène avec sa sclérose des cordons postérieurs, et, vraisemblablement, vu son âge, il n'arrivera jamais à faire son ataxie. C'est précisément en vue de ces ataxiques, avant l'ataxie ou sans ataxie, que M. Charcot a fait revivre le vieux mot de tabes.

Mais nous n'avons passé à travers toute cette histoire, déjà intéressante du tabes que pour arriver à autre chose et montrer l'intérêt de connaître les symptômes oculaires dans les maladies nerveuses.

En examinant les yeux de notre malade on trouve d'abord le signe

dit d'Argyle Robertson, bien qu'il eût été antérieurement mentionné par deux anciens élèves de la Salpêtrière : M. Vincent et M. Coin.

Le signe d'Argyle Robertson, qui ne se rencontre que dans le tabes et la paralysie générale, consiste en ce que (avec ou sans inégalité pupillaires) les pupilles ne se contractent pas sous l'influence de la lumière, et ne se dilatent pas dans l'obscurité ; mais au contraire se contractent sous l'influence de l'accommodation.

Il y a 4 ans, elle était à Beaujeu où l'on avait reconnu l'ataxie, et comme elle se plaignait d'y voir à grande peine de l'œil droit, un examen ophthalmoscopique fut pratiqué ; elle affirme que les mots d'atrophie papillaire furent prononcés ; nous savons que l'amblyopie et l'amaurose tabétiques, constituées anatomiquement par l'atrophie naquée, aboutissent nécessairement à la cécité complète et incurable. Fonctionnellement on peut, sans recourir à l'ophthalmoscope, reconnaître les symptômes spéciaux : il y a un rétrécissement du champ visuel, mais non pas concentrique, comme dans l'hystérie.

Dans le tabes, c'est un rétrécissement inégal, irrégulier ; presque fatalement la nyscromatopsie s'y associe ; si l'on examine chez un normal l'étendue du champ visuel par rapport aux couleurs, le bleu est le plus en dehors, puis le jaune ; en dedans le rouge, plus en dedans le vert, et tout à fait en dedans le violet ; quand il y a une dégradation, si c'est un cas de papille naquée, le malade perd d'abord les couleurs centrales : il ne voit plus le vert ni le rouge : les pantalons des soldats, les feuilles des arbres lui paraissent noyées dans un gris vague.

A un examen superficiel notre malade avait été soupçonnée d'atrophie papillaire naquée en vertu d'un raisonnement, bien plutôt qu'en vertu d'une constatation de fait ; car nous avons pu établir ici, qu'elle est dyschromatopsique il est vrai ; mais avec une papille normale, si on la prie de jeter les yeux sur un tableau des couleurs, et d'en désigner une, elle montre constamment le rouge ; or il n'y a qu'une maladie nerveuse où le sujet achromatopsique voie seulement le rouge, c'est l'hystérie.

En l'examinant à ce point de vue on reconnaît qu'elle a des attaques. Il y a bien (quoique très rarement) dans l'ataxie des crises épileptiformes ; mais ici ce sont des attaques d'hystérie dont la première remonte à 6 ans, s'annonçant par des malaises, de la tristesse, des battements à l'épigastre, des sanglots, elle se débat (sans trop de violence) elle a des douleurs à la région ovarienne, de l'obnubilation, de la sensibilité à droite ; précisément le côté en rapport avec cet œil amblyopique révélateur ; à droite également, le goût est presque éteint : c'est un cas d'hystérie tardive, hystérie de la ménopause, qui ne diffère pas d'ailleurs de l'hystérie ordinaire. Nous avons ici de véritables doyen-

nes de l'hystérie, l'une, de 65 ans, est morte l'an dernier ; l'autre, survivante, a 75 ans, elle garde son hémianesthésie et son rétrécissement du champ visuel.

## II

Dans le cas suivant, au contraire, c'est à travers l'hystérie que l'examen du champ visuel nous mènera au second diagnostic, celui de sclérose en plaques.

A titre d'introduction, le tableau suivant présente en raccourci le diagnostic différentiel entre l'ataxie, la sclérose en plaques et l'hystérie quant à l'examen des yeux.

	ATAXIE —	SCLÉROSE EN PLAQUES. —	HYSTÉRIE. —
Phénomènes oculaires.	Paralysie des nerfs moteurs de l'œil (chute de la paupière), paraly- sies du moteur oculaire externe.	Paralysie des mouvements as- sociés.  Nystagmus.	Polyopie mo- noculaire (diplo- pie ou triplopie)
Phénomènes pupillaires.	Signe d'Argyle Robertson.	Myosis sténique.	Pas de phéno- mènes pupillaires
Phénomènes papillaires.	Papille nacré.	Décoloration de la papille ; mais elle est sim- plement blanche sans reflets na- crés.	Pas de phéno- mènes papillaires

Dans la sclérose en plaques, la névrite optique peut survenir, durer quelques mois et amener une cécité transitoire ; la papille est effacée, la vascularisation est énorme, les vaisseaux paraissent étranglés, des exsudats s'ensuivent ; en un mot c'est une véritable névrite ; puis l'exsudat se résorbe, les symptômes inflammatoires disparaissent peu à peu, toutefois, non pas sans laisser de traces : sur les bords, reste une espèce de nuage, tandis que dans la papille ataxique, les contours sont nettement dessinés. Fonctionnellement cela se traduit par un rétré-

cissement inégal du champ visuel ; par opposition à ce que nous avons vu dans l'hystérie. les couleurs disparaissent suivant la loi des lésions matérielles, c'est le bleu et le jaune qui sont perçus les derniers.

La sclérose en plaques et l'hystérie peuvent s'associer et se ressembler de manière à être prises l'une pour l'autre. La sclérose en plaques est susceptible de s'amender, une paraplégie guérira, puis reviendra plus ou moins définitivement ; ainsi en est-il de l'amaurose, qui, comme nous l'avons vu, peut paraître et disparaître plusieurs fois.

Deux mots sur l'histoire de la malade, elle a 21 ans. Comme antécédents héréditaires, elle a un père graveleux, un oncle goutteux, sa mère hystérique.

Comme antécédents personnels, on trouve dès son bas âge, des marques de névrosité, des crises de colère, elle se roulait à terre, ce qui indique de la dégénération, puis des tics de la face. A 18 ans, elle a de la diplopie passagère, un affaiblissement de la vue, vertiges, etc. Nous grouperons ces symptômes tout à l'heure ; ils constituent un état maladif qui n'est pas l'hystérie.

Mais il y a deux ans, l'hystérie se déclare : crises, convulsions, ovarie, serrement du cou, battements dans les tempes, chutes, crises toniques et cloniques, arc de cercle, attitudes passionnées — les bras en croix, hallucinations. Comme stigmate permanent, anesthésie du côté gauche.

C'est une hystérique avérée ; pourtant nous chercherons encore !

Nous sommes des gens inquiets. C'est la situation qui convient au médecin : jamais content, car la nature cherche à nous tromper, et il faut tâcher de n'être pas ses dupes. Dans un cas semblable, vous fiant tout simplement au diagnostic justifié d'hystérie, vous prescrivez de l'isolement, de l'hydrothérapie, du fer, et vous promettez que les choses s'arrangeront. Il n'en sera rien ! Mais nous regardons les yeux et nous trouvons autre chose que le rétrécissement du champ visuel hystérique : ici le rétrécissement est inégal. A l'ophtalmoscope, on constate une névrite optique ; mais si on lui fait voir les couleurs, elle ne voit que le rouge. Quel mélange singulier de l'hystérie et de la névrite optique ! Cela vous met sur la route d'une recherche. Est-ce de la syphilis ? Nous trouvons rien qui puisse nous le faire penser ; mais elle a du nystagmus : si on veut lui faire fixer un objet, ses yeux vacillent, sa vue se brouille.

Le nystagmus nous fait songer à la sclérose en plaques, maladie qui n'est pas fatalement progressive, qui présente des alternatives d'exacerbation et d'amélioration. C'est alors que nous nous rappelons qu'à l'âge de 18 ans elle a présenté de l'affaiblissement de la vue, de la diplopie, une démarche tibutante, des vertiges, et (symptômes que nous

retrouvons encore aujourd'hui, bien qu'à un moindre degré) des tremblements intentionnels des mains, plus accentués du côté gauche, des réflexes tendineux, aussi plus accentués de ce côté.

Derrière l'hystérie il y a donc bien une sclérose en plaques, dont nous devons la première idée à l'examen des yeux.

Dr J. LABERGE.

Paris, 6 décembre 1888

## HEMORRHAGIE GRAVE DE L'HYMEN (1).

A propos des deux cas rapportés par le Dr Paul F. Mundé, vol. CXII, No 20, (1885) du *Boston Medical and Surgical Journal*, je désire relater un cas récent de ma pratique.

Dimanche, 21 octobre 1888, on vint me prévenir que madame P. avait une hémorrhagie mortelle. Il était 6 heures a. m., et ce n'est qu'à 8 heures que je pus la voir. Je trouvai une jeune femme d'à peu près 24 ans, d'une pâleur mortelle, le pouls très faible.

On me dit qu'elle revenait d'une syncope. Elle était mariée du jeudi précédent et son mari n'avait cohabité avec elle que dans la nuit du samedi au dimanche, après quoi la jeune dame dormit 2 ou 3 heures, et en s'éveillant elle sentit qu'elle baignait dans le sang.

A en juger par l'examen des linges, elle a du perdre plus d'une cuopine de sang. Je dis à la patiente de ne pas s'effrayer, de prendre courage, qu'elle serait bien en peu de temps, puis je procédai à l'examen des parties lésées. Je trouvai que l'état de l'hymen était seul le siège de l'hémorrhagie. Il était coupé en ligne perpendiculaire et chaque lambeau était congestionné au point de mesurer un demi pouce d'épaisseur. L'hymen devait obstruer presque complètement le vagin et j'appris que la menstruation avait toujours été douloureuse, surtout après le premier jour, la patiente éprouvant alors une sensation de plénitude, de poids dans le vagin, et un besoin constant d'uriner. Cette lacération de l'hymen s'étendait jusqu'à la commissure postérieure du vagin, laissant la fourchette et la paroi postérieure du vagin intactes,

(1) Notre confrère de Buffalo a eu l'obligeance d'envoyer à la *Gazette Médicale de Montréal* cette observation qu'il a publiée dans le *Buffalo Medical and Surgical Journal*. Nous sommes heureux de lui ouvrir les pages de notre Revue ainsi qu'à tous nos confrères des États-Unis. C'est l'année du bon travail, que chacun mette l'épaule à la roue ! (Note de la rédaction).

le sang montant par la déchirure de l'hymen. L'introduction du doigt dans le vagin provoqua l'expulsion d'un ou de deux petits caillots de sang.

Convaincu que l'hymen était seul le siège de l'hémorrhagie, j'appliquai une solution d'acétate de plomb, mis une couche de coton absorbant à l'ouverture du vagin et une à la vulve, le tout supporté par un bandage retenu à une bande abdominale, je prescrivis le repos. A ma seconde visite, dans l'avant-midi, je trouvai ma patiente mieux. Aucune hémorrhagie n'avait eu lieu. Je fis appliquer une solution de tannin et d'acide carbolique pendant quelques jours et maintenant les lambeaux de l'hymen sont diminués de volume et tout a repris une apparence naturelle et saine.

C'est la première fois, dans ma pratique, qu'une hémorrhagie aussi grave arrive après un premier coït, c'est pourquoi j'ai pensé devoir faire connaître ce fait à la profession, non pas tant pour la grande importance du pronostic qu'au point de vue de l'observation physiologique.

A. DAGENAIS, M. D., (Victoria)

348, East Eagle Street, Buffalo.

---

## CORRESPONDANCE

---

Montréal, 20 décembre 1888

A MONSIEUR LE D<sup>r</sup> BEAUSOLEIL,

Secrétaire de la rédaction de la *Gazette Médicale*.

*Monsieur le docteur Noir,*

Je vous envoie aujourd'hui, le prix de mon abonnement à la Gazette. Je suis tenté, en même temps, de vous faire comme beaucoup d'autres d'ailleurs, mes félicitations au sujet de la bonne Gazette, mais on vous a déjà dit qu'elle est, entre vos mains, une digne émule de la science médicale et vos toujours nouvelles et vos toujours intéressantes matières montrent que vous ne vous souciez guère des répétitions.

La Gazette, c'est évident, a déjà beaucoup accompli; sa tâche, cependant, n'est pas fini. Il y avait tant à faire, il y avait même à *défaire et à empêcher de faire*. Votre admirateur distingué du comté

de Joliette vous implore de faire la guerre (sainte) à tous les charlatans, ces ramancheurs, ces rbouteurs, ces vendeurs de drogues, etc. Ah ! si votre zèle est seulement égal à celui du procureur du bureau du collège des médecins et chirurgiens, je vous prédis de grands succès. A ce propos, laissez-moi donc vous consulter : Un médecin qui exerce la profession en dehors de la Province, est-il tenu de payer quand même une contribution annuelle à monsieur de *Lamirande*. (C'est vrai que noblese oblige, mais enfin tel adage n'est pas d'hier) ? Vers la fin du mois d'octobre dernier, le soussigné reçut de ce dernier personnage, avis de payer douze piastres (12.00) pour six années de contribution annuelle au Collège ; quoique l'ordre fut sommaire, je refusai de satisfaire à cette extorsion sous forme de compte. Je donnai en même temps la raison de mon refus, savoir : que je ne pratiquais la médecine en Canada que depuis le mois d'avril 1888. Ça n'y fit rien, un second ordre conçu dans les mêmes termes que le premier, ordonnant de payer douze (12.00) piastres, survint ! Eut-il fallu se laisser tondre sans mot dire ? Ah ! ça non ! me suis-je dit ; or, il restait à se rebeller. Mais voilà que le bureau du collège, dans la personne de son assistant régistrateur, se fait plus subtil et *très rusé*, un beau jour votre respectueux souscripteur reçoit un pompeux document le déclarant (au nom de la reine) défendeur *vs.* le collège des médecins et chirurgiens en cour de circuit. Sa majesté, moins extravagante et plus prudente que monsieur l'assistant régistrateur, ne réclame plus cependant que deux (2.00) piastres sur douze ; maintenant, j'ai l'honneur d'être le teneur d'un reçu pour la somme de deux piastres à titre de contribution annuelle pour 1887 et 88, plus deux piastres et demie pour frais (Je ne pratiquai pas en 1887 et en 88, je pratiquai un mois). Le bureau, j'aime à le croire, ne s'est pas indirectement déplacé pour faire cette petite prévention, tout de même, je crois celui ci responsable de *crétinisme* légal de son procureur.

Pour éviter le désagrément de paraître en cour au sujet d'une telle bagatelle, je payai..... deux piastres au bureau du collège et deux et demi à l'ordre de monsieur de *Lamirande*.

Monsieur le secrétaire, c'était alors à l'approche de la rigoureuse saison de l'hiver, et tout le monde sait qu'à ce temps, le froid et la faim se donnent la main pour faire quelques sous. Quand les loups sont aux portes de la bergerie, les agneaux sont en danger. Je n'ai pas plaidé monsieur le Secrétaire, mais je proteste !

Je suis, de votre journal,

Monsieur le Secrétaire,

L'humble souscripteur

H. H. MANCEAU. M. D.

Avant de publier cette lettre nous avons posé à M. le Président du collège des médecins et chirurgiens de la Province de Québec, la question suivante : Le collège des médecins et chirurgiens de la Province a-t-il le droit d'exiger la contribution annuelle de ses membres qui pratiquent la médecine hors de la Province ?

A cette question, le Président, M. le Dr Hingston nous a donné une réponse aussi nette que catégorique : NON !!!

Dans ce cas, la conduite de l'officier du bureau indique ou une profonde ignorance de ses devoirs ou une inqualifiable mauvaise foi. Où allons-nous donc avec une telle manière d'agir ? Ne voilà-t-il pas que les serviteurs se mêlent de pressurer ceux qui les emploient ! Il y a déjà quelque temps que nous entendons des plaintes à ce sujet de la part de plusieurs praticiens de la Province ; c'est pourquoi nous attirons l'attention des autorités sur le cas qui vient de se présenter. En attendant que justice soit faite de cette accusation, nous demandons à nos abonnés de nous faire connaître les griefs qu'ils pourraient avoir contre l'administration du bureau, afin qu'à l'assemblée semi-annuelle du mois de mai prochain nos gouverneurs soient pleinement édifiés sur la conduite de leurs employés.—(Note de la rédaction).

---

## GYNECOLOGIE.

---

### Leçons sur les déviations utérines,

Par le Dr A. DOLÉRIS,

(recueillies par le docteur Paul PETIT, assistant à la clinique gynécologique du docteur DOLÉRIS).

#### PREMIÈRE LEÇON.

##### *Considérations anatomiques et physiologiques sur la statique utérine.*

La statique normale de l'utérus ne répond pas à un type unique. Chez une même femme elle varie, au cours de la vie génitale, suivant les conditions nouvelles et successives créées par le développement et la mise en jeu des organes sexuels. Ces variations créent des types de *statique fixe* qui diffèrent peu les uns des autres, mais qu'il est cependant essentiel d'avoir à l'esprit pour la pratique. Ainsi, suivant qu'il s'agit d'une enfant, d'une fille pubère, d'une femme stérile, d'une

primipare, d'une multipare. L'utérus affecte autant de manières d'être propres, réalisées, en ce qui nous concerne, par des changements dans sa direction, sa situation, ses rapports avec ses moyens de fixité et les organes voisins.

Dans chacun de ces états, fixes et normaux, quoique différents les uns des autres, peuvent se produire des modifications passagères, relevant de conditions physiologiques, des changements durables relevant de l'état morbide.

Les variations physiologiques dépendent : de l'attitude générale du corps, de l'état actif ou passif des ligaments utérins sous l'influence d'une émotion, du coït, du toucher vaginal, etc., de l'état de réplétion ou de vacuité des organes voisins, du jeu de la sangle abdominale, de la répartition de la pression intestinale sous l'influence de l'effort expiratoire et respiratoire, etc.

Les variations pathologiques constituent les *déviation utérines*. On en distingue deux espèces : les déviations partielles ou *flexions* et les déviations totales qui comprennent le *prolapsus* et les *versions*. Suivant que la flexion ou la version se font en avant, en arrière ou sur le côté, on distingue : les flexions en *antéflexion*, *rétroflexion*, *latéroflexion* ; les versions en *antéversion*, *rétroversion*, *latéroversion*.

Dans mes deux séries de leçons sur l'*inflammation* et les *traumatismes* de l'utérus, j'ai développé la partie anatomique plus spécialement afférente à chaque sujet. Je ferai de même pour l'étude des déviations. Or, c'est surtout la musculature de l'utérus qui nous intéresse à ce point de vue nouveau et cette musculature comprend : 1° la *musculature propre*, c'est-à-dire l'ensemble des faisceaux qui forment la trame solide de l'organe ; 2° la *musculature accessoire*, c'est-à-dire l'ensemble des moyens de fixité.

*Musculature propre à l'utérus*. — Je ne ferai point la description détaillée des différents plans de fibres que l'on a reconnues ou cru reconnaître dans les parois de l'utérus. J'insisterai seulement sur les points qui intéressent directement notre étude actuelle :

La paroi utérine est, dans son ensemble, notablement plus épaisse en avant qu'en arrière ; d'autre part, les faisceaux musculaires longitudinaux se continuant directement avec la tunique musculuse du vagin et l'insertion vaginale remontant moins haut en avant qu'en arrière, la résultante de l'effort exercé par ces faisceaux sur le col doit se trouver dirigé d'arrière en avant et de bas en haut ; ajoutons à cela le poids du corps antéversé, la prédominance d'action des ligaments qui s'attachent au segment pelvien antérieur et nous comprendrons facilement l'existence de l'antéflexion normale. Si maintenant nous passons aux bords latéraux de l'utérus nous les trouvons beaucoup

moins résistants encore que la face postérieure, par suite de la défection de la séreuse et de la couche dite *musculaire sous-séreuse* qui abandonnent l'organe pour constituer la charpente des ligaments larges ; aussi les déchirures se produisent-elles bien rarement en dehors de ces régions où elles ont toute liberté de s'étendre en long et en large, au plus grand détriment de la statique utérine. C'est uniquement au point de vue de ces déchirures latérales que nous intéressent les faisceaux circulaires du col qui, une fois la rupture produite, ont tendance à la maintenir et même l'accroître par suite de l'écartement des fibres rompues.

Les auteurs sont loin de s'accorder sur les rapports anatomiques du col, partant sur les limites précises à lui assigner, sur la façon de le diviser pour l'étude, et le fait s'explique facilement par ces variations afférentes à l'activité sexuelle dont nous avons déjà parlé. Au reste, dans notre présente étude, une seule région du col mérite de nous arrêter ; c'est celle qui, embrassée par les insertions du vagin, de la vessie, des ligaments utéro-sacrés répond en bas à la portion intravaginale du col, en haut à la zone libre de la portion sus vaginale. Cette région adhérente, enveloppée, du col, région *sous-isthmique*, est remarquable à un double point du vue : 1° elle renferme le plan de suspension de l'organe sur lequel nous reviendrons plus tard ; 2° elle est d'une richesse exceptionnelle en vaisseaux, ce qui nous intéresse directement, étant donnée l'influence de l'éréctilité vasculaire sur la statique utérine. Des artères utérines partent de chaque côté, en avant : les branches vésicales, cervicales et vaginales antérieures ; en arrière les branches cervicales et vaginales postérieures. Ces vaisseaux s'anastomosent à plein canal d'un côté à l'autre en fournissant une multitude de rameaux ; d'autre part, un cercle veineux tout aussi important affecte une disposition analogue : il en résulte un lacis artério-veineux très dense qui fait de ce segment du col une véritable région érectile, susceptible de variations d'épaisseur et de consistance suivant l'état de relâchement ou de turgidité des vaisseaux. L'intervention insuffisante de cet élément facilement modifiable, jointe à des actions mécaniques diverses, suffit à expliquer les attitudes vicieuses de la jeune fille débile et mal venue, sans qu'il soit nécessaire, en l'absence d'inflammation, d'invoquer la possibilité d'une malformation congénitale dont personne n'a donné la preuve.

*Moyens de fixité de l'utérus.*— Les moyens de fixité de l'utérus peuvent se décomposer en deux systèmes distincts : l'un qui surmonte le plan de suspension de l'organe, est à la fois tuteur et suspenseur ; l'autre qui comprend les différents plans fibro-musculaires du diaphragme pelvien et le vagin, joue le rôle de soutien.

A. *Appareil tuteur et suspenseur.*— Il comprend : 1° En avant : les ligaments ronds ; les adhérences et ligaments vésico-utérins. 2° En arrière : les ligaments utéro-sacrés. 3° Sur les côtés : les ligaments larges.

a. *Ligaments ronds.*— L'anatomie de ces ligaments a pris une grande importance dans ces derniers temps, depuis que l'opération d'Alquié-Alexander est entrée dans la pratique. Elle a été minutieusement étudiée, à ce point de vue, en Angleterre par Adams, en France par Hache et Tissier (1), par moi-même en collaboration avec mon ami le Dr Ricard (2), mais surtout par le Dr Beurnier (3), ancien aide d'anatomie de la Faculté. On trouvera dans la thèse de ce dernier des détails très complets et très bien étudiés. Je reviendrai en temps et lieu sur les points concernant la pratique opératoire ; mon but actuel doit se borner à faire ressortir ceux qui intéressent le mécanisme de l'équilibre utérin, c'est-à-dire les points d'attache exacts de ces ligaments, leur trajet, leur direction d'où on pourra conclure à leur action.

Double et symétrique, long d'environ 14 centimètres, le ligament rond se détache à l'état de cordon musculaire, plein et résistant, de la corne utérine ; il se maintient tel dans l'aileron antérieur du ligament large et une portion du trajet inguinal où il s'engage tout en s'y fixant par " de petits filaments fibreux ressemblant à de petits tendons " (Beurnier) ; il se dissocie avant de quitter le trajet et vient s'épanouir en filaments grêles sur l'épine pubienne et la face profonde du tégument du pénil au-delà de l'orifice inguinal externe.

Obliquement dirigé d'abord en avant et en dehors jusqu'à l'orifice inguinal profond (portion abdominale), il se réfléchit ensuite en dedans jusqu'à sa terminaison au pénil (ce second trajet comprend la portion intra-inguinale et sous cutanée).

Considéré dans son ensemble chaque ligament suit donc une direction courbe de l'angle utérin à l'épine pubienne. Enfin si on les envisage tous les deux d'un même coup d'œil et que l'on réunisse par la pensée leurs extrémités pubiennes, on obtient une sangle elliptique et contractile, dont l'anse fixe prend attache à la symphyse et l'anse mobile à l'utérus. Cette solidarité qui n'existe en réalité que dans leur fonctionnement, je viens de la réaliser et avec un plein succès, au point de vue anatomique, en modifiant de la façon suivante l'un des temps de l'opération d'Alexander : au lieu de me contenter de suturer isolément chaque ligament aux piliers, j'ai suturé les deux extrémités

(1) Tissier et Hache (Société clinique, 9 avril 1885).

(2) Doléris et Ricard (Union médicale, 24 nov. 1885 et 29 nov. 1885).

(3) Beurnier (Thèse de Paris, 1886. Gazette des hôpitaux, 3 mars 1888).

sectionnées des ligaments dont l'un avait été porté à la rencontre de l'autre au travers d'un canal sous-cutané réunissant par transfixion les angles internes des deux plaies opératoires.

Les ligaments ronds ont pour fonction principale de maintenir le fond de l'utérus en avant, pour fonction accessoire de servir de conducteur à un certain nombre de nerfs et de vaisseaux et notamment à des lymphatiques qui se portent de la corne utérine aux ganglions inguinaux ; cette dernière particularité, sur laquelle Poirier vient de rappeler l'attention, intéresse directement le diagnostic des tumeurs de mauvaise nature, sarcome ou cancer, débutant par le fond de l'utérus.

b. *Ligaments et adhérences vésico-utérines.*— Solidement maintenue dans le segment pelvien antérieur par ses attaches au pubis et au fascia pelvica, suspendue à trois cordons fibreux l'ouraque et les artères ombilicales, la vessie se trouve capable de jouer dans la statique de l'utérus un rôle important. Les deux organes sont reliés l'un à l'autre, de haut en bas, par les ligaments vésico-utérins, les adhérences vésico-utérines, les ligaments visico-vaginaux. Les ligaments vésico-utérins limitent de chaque côté le cul-de-sac péritonéal antérieur et font pendant aux ligaments utéro-sacrés. Ces ligaments, d'après Sappey, " sont si rudimentaires, qu'en réalité ils méritent à peine d'être signalés " ; d'après Meckel et d'autres ils renfermeraient pourtant dans leur épaisseur un certain nombre de faisceaux musculaires. — L'adhérence de la vessie à l'utérus se fait par un tissu cellulaire assez lâche ; son étendue est limitée par le cul-de-sac péritonéal dont le niveau varie suivant les individus et sous l'influence de la multiparité. — Quant aux faisceaux musculaires qui, de la face postérieure de la vessie, se portent sur le vagin, ils se trouvent reliés au col par l'intermédiaire de ce conduit " dont la couche fibreuse ou sous-muqueuse offre plus de résistance en avant qu'en arrière et constitue comme une sorte de ligament suspenseur du col. " (Forget).

Ces différents moyens d'union ont pour rôle de maintenir le contact immédiat de la vessie avec l'utérus, condition indispensable, ainsi que nous le verrons plus tard, au jeu normal de ce dernier organe.

c. *Ligaments utéro-sacrés.*— Les ligaments utéro-sacrés sont deux fascicules puissants qui, se fixant en avant sur le col en confondant en partie leurs fibres, se portent de là en haut et en arrière vers le sacrum. Les auteurs ne s'accordent pas sur les rapports de leurs insertions qui du reste, les postérieures surtout, paraissent varier dans d'assez grandes limites. Schultze place l'insertion à l'utérus " entre le corps et le col. " Hart et Barbour " à la partie latérale du corps. " Boivin et Dugès " à la ligne médiane et postérieure du col. " Aran,

Sappey " au-dessus de l'insertion vaginale," etc. Les uns veulent que l'insertion postérieure se fasse à la deuxième pièce sacrée (Hart et Barbour), d'autres que les fibres se fondent, avant d'y arriver, dans la paroi rectale et le tissu connectif sous-séreux (Schultze), assertion qui est au moins en partie vraie. " Ils vont s'attacher en arrière aux troisième et quatrième vertèbres sacrées, immédiatement en dedans de la symphyse sacro-iliaque ; quelquefois ils remonteraient jusqu'au promontoire et même à la partie antérieure et latérale de la dernière vertèbre lombaire d'après Hugnier, qui leur a donné pour cette raison le nom de ligaments utéro-lombaires. " (F. Tourneux et G. Herrmann, *in dict. Encyclop.*), etc., etc.

Quoiqu'il en soit, ces ligaments sont à la fois suspenseurs très énergiques et rétracteurs (Luschka) de l'utérus ; le col étant bridé en avant par l'insertion vaginale, cette dernière action a pour résultat de concourir avec celle des ligaments antérieurs au maintien ou à l'accentuation de l'antéversion normale. Nous verrons ce qu'il y a de vrai dans l'opinion de Schultze et Fritsch qui rapportent la majorité des antéflexions au raccourcissement, lié à une paramétrite postérieure de ces ligaments.

d. *Ligaments larges.*— Les ligaments larges sont étendus transversalement, sous forme de cloisons, des bords de l'utérus aux parois latérales du bassin. Ils sont solidaires et continus de par la disposition de leur revêtement séreux et leur texture ; mais, au point de vue mécanique, chacun d'eux a un rôle indépendant, quoique similaire. Chaque ligament large, avec ses deux feuillets péritonéaux et la trifurcation de son bord supérieur en trois ailerons, constitue un sac véritable parcouru par des vaisseaux nombreux, de gros volume et à forme hélicoïdale, où les veines prédominent avec une disposition plexiforme. Les vaisseaux sont reliés et soutenus par une trame de fibres musculaires lisses, à direction transversale, qui leur sert de charpente. Vaisseaux et muscles constituent une sorte de treillis solide, faux appareil érectile, dans lequel chacun des deux éléments joue son rôle à l'état physiologique aussi bien qu'à l'état morbide. L'érection de l'appareil génital est un phénomène passager, discutable, mais l'érectilité, c'est-à-dire la rigidité moyenne, mieux la tonicité, qui est une des conditions essentielles du maintien de l'équilibre utérin, nécessite en même temps des vaisseaux à parois résistantes et épaisses, une musculature périvasculaire énergique.

La preuve en est facile à faire : il suffit de l'affaiblissement de la trame musculaire pour que les gros troncs et plexus s'affaissent à la façon des rameaux et des fruits d'un espalier mal soutenu et ces vaisseaux affaiblis deviennent variqueux. D'autre part, les varices primi-

tivement développées dans le ligament large que l'on voit coïncider souvent avec les varices des membres et plus souvent encore avec celles des veines hémorroïdales, entraînent la stase, l'infiltration du tissu et finalement l'effondrement de l'appareil ligamenteux. Les deux lésions, une fois établies, s'entretiennent réciproquement.

On peut se rendre compte de cet état des veines du bassin lorsqu'on a lieu de pratiquer une colporrhaphie étendue. Il m'est arrivé souvent, en divisant les parois vaginales, de rencontrer de nombreux troncs veineux énormément distendus. Ces varices profondes du vagin sont le reflet de ce qui existe plus haut dans la cavité pelvienne au dehors et souvent aussi dans l'épaisseur même de l'utérus. Il est bon d'en tenir compte, en opérant, car la perte de sang qui devrait être insignifiante est, dans ces cas, assez abondante, par insuffisance de la contraction vasculaire et périvasculaire.

M. Richey a bien constaté qu'après la section des ligaments larges l'utérus s'abaissait plus facilement mais ces appareils ne sont, à vrai dire, au point de vue statique, que de simples tuteurs latéraux. Leur rôle le plus important est d'assurer la solidarité intime de mouvements entre la matrice et ses annexes, la trompe et l'ovaire.

B. *Appareil de soutien.*— L'appareil de soutien comprend le vagin et le périnée, lequel se décompose en deux segments distincts ; le segment postérieur ou sacré formé de muscles puissants (majeure partie du releveur anal et sphincter de l'anus), reliés entre eux par un système aponévrotique très solide, affecte la forme d'un prisme triangulaire, dont la base est à la peau, le sommet à la rencontre du vagin et du rectum, tandis que l'une des faces regarde le vagin, une autre le rectum, les deux dernières les parois latérales de l'excavation. Le segment antérieur séparé du précédent par le muscle transverse du périnée est réduit, en fait de puissances contractiles, à l'extrémité antérieure du releveur anal et à deux bandes musculaires, bordant l'ouverture vulvaire : le constricteur de la vulve et l'ischio-clitoridien.

Parmi les éléments de ces deux régions il en est deux qui leur sont communs, et doivent être envisagés dans leur ensemble : ce sont le fascia pelvica et le releveur anal. Constitué par la réunion des aponévroses de l'obturateur interne, du pyramidal, de l'ischio-coccygien et du releveur anal, le fascia pelvica ou aponévrose pelvienne supérieure est séparé du péritoine par un tissu cellulaire à mailles lâches, destiné à faciliter les mouvements. En abordant le col vésical, le vagin et le rectum, il intrigue ses éléments à leur pourtour et dans leurs intervalles de façon à constituer une série de raphés et de diaphragmes parfaitement tendus et résistants. Le releveur anal sous-jacent à cette aponévrose prend ses insertions fixes sur le pubis, l'épine sciatique et

une bandelette fibreuse intermédiaire ; sa portion la plus antérieure a été étudiée sous forme de faisceaux distincts (à la façon de l'ischio-coccygien qui n'est en somme que le faisceau postérieur du même muscle) d'abord par Hildebran et dans la suite par Sims, Budin qui en a fait l'objet d'un mémoire. Le plus interne de ces faisceaux se fixerait entre le rectum et le vagin ; mais il est facile de se convaincre en pratiquant le toucher recto-vaginal, sur une femme à musculature puissante, que ce faisceau, s'il existe, est peu important et qu'il n'y a lieu de tenir compte que de la masse musculaire insérée sur le rectum et le raphé ano-coccygien. Quoiqu'il en soit, actionnés par ce muscle puissant, le périnée postérieur et la paroi vaginale postérieure, constituent, suivant la juste remarque de Hart et Barbour, une vulve résistante qui, se portant à la rencontre d'une autre vulve, beaucoup plus faible, représentée par la paroi antérieure du vagin, s'oppose à la chute de la vessie et de l'utérus. (*La pratique médicale*).

(A CONTINUER).

---

## Société de Médecine Pratique de Montréal.

---

Séance du 7 décembre 1888.

Membres présents : les Drs Hingston, Laramée, Lamarche, Cléroux, Desroches, Rolland, Barry et Foucher.

Lecture et adoption du procès verbal de la séance précédente.

Le *Dr Cléroux* propose, secondé par le *Dr J. I. Desroches*, que les Drs St-Germain et Desmarteau soient admis membres actifs de la société. Adopté.

Le *Dr Cléroux* donne avis de motion qu'à la prochaine séance il proposera le *Dr Larose* pour être admis membre de la société.

Le *Dr Hingston* fait quelques remarques relativement à l'importance de prévenir les patients qui doivent subir une opération, de la nécessité où peut se trouver le chirurgien de faire une toute autre opération que celle qui est d'abord résolue. Il cite le cas d'une femme qu'il a chloroformée avec l'intention de faire une résection, mais qui, séance tenante, aurait dû subir l'amputation de la jambe. Il n'a pas osé la pratiquer parce que la patiente n'en était pas prévenue.

Le *Dr Lamarche* relate deux cas de difformité congénitale qui lui paraissent avoir des rapports curieux avec certaines impressions subies

par la mère pendant le cours de la gestation. Le premier est un enfant atteint de spinabifida. Sa mère a été traitée pendant le cours de la grossesse pour lésion de la colonne vertébrale.

Le deuxième est un enfant manchot. La mère a été désagréablement impressionnée par la vue journalière d'un enfant manchot grossier qui lui causait de violentes colères.

Le *Dr Laramée* dit qu'après avoir longtemps mis en doute l'influence des impressions maternelles sur le produit de la conception, il est maintenant persuadé que ces impressions jouent un rôle important et rendent les sujets les plus surprenants.

Le *Dr Foucher* relate un cas de méningo-encéphalocèle, survenu à la suite de frayeur prolongée et répétée. La mère ne pouvait se soustraire à la vue de nombreux rats qui infestent sa cour. L'enfant naquit avec une ouverture annulaire de l'occipital ayant laissé passer le cerveau et les méninges.

La parole est au *Dr Rolland* qui, après avoir passé en revue la question des polypes de l'oreille en général, relate deux cas de ces tumeurs qu'il a eu récemment l'occasion d'enlever. Il remarque que les polypes s'accompagnent presque toujours d'une otite moyenne suppurative. Il croit que le meilleur moyen pour les enlever est de faire usage de l'anse froide. Il cautérise ensuite le pédicule avec le nitrate d'argent fondu sur l'extrémité d'un stylet, soit de l'acide chromique, de la même manière, ou du galvano cautère. Il fait aussi usage de la curette tranchante, mais réserve cette opération pour des cas exceptionnels.

Le conférencier est aussi d'opinion que les polypes enlevés complètement et cautérisés convenablement ne récidivent pas.

Le *Dr Foucher* exprime aussi la même opinion. Un polype complètement détruit par la cautérisation est remplacé par un tissu cicatriciel qui devient impropre à la repullulation de la tumeur.

On ne peut pas nier cependant que la récidive soit possible en d'autres points de la muqueuse de la caisse restés exempts de granulations jusque-là.

Mais il est à présumer que le polype étant détruit, l'écoulement arrête, la muqueuse de la caisse restaurée, et même le tympan cicatrisé, il n'y a pas à craindre de nouvelles tumeurs, à moins que le patient ne reprenne une nouvelle inflammation de la muqueuse de la caisse.

Relativement aux polypes fibreux, leur constitution ne permet pas de les classer parmi les tumeurs malignes, mais les désordres violents qu'ils causent, rendent le pronostic grave.

Les granulations de la caisse sont, le plus souvent, le point de départ des polypes de l'oreille, leur construction histologique est la

même et, pour cette raison, il est difficile de dire quand commence le polype et quand cesse la granulation.

Relativement au traitement, la préférence est donnée à l'anse froide pour enlever la masse du polype, et à l'acide chromique privé de son eau de cristallisation, ainsi qu'au galvano-cautère pour cautériser le pédicule.

Le *Dr Laramée* a observé plusieurs cas de méningite chez des patients souffrant depuis longtemps de polypes et d'écoulement inusité de l'oreille. Il se demande si le polype est plus dangereux que l'écoulement qui l'accompagne. Il a observé un patient qui, opéré de polypes de l'oreille a recouvré l'ouïe détruite dans une certaine limite et pour un certain temps, pour être repris de nouvelle surdité quelques années plus tard.

Il se demande si, dans ce cas, le polype a récidivé et doit être considéré comme la cause de la surdité

Relativement au traitement, il fait mention de l'électrolyse qui peut être utilisée dans ces cas.

Le *Dr Cléroux* demande si l'électrolyse peut être employée sans inconvénient pour le malade et avec bénéfice pour détruire le polype.

Le *Dr Hingston* admet la récidive des polypes de nature fibreuse.

Il donne la préférence aux rayons du soleil pour éclairer le conduit auditif.

L'emploi de la curette lui paraît défectueux toujours, surtout dans la caisse du tympan.

Il conseille de traiter le pédicule du polype avec une solution concentrée de nitrate d'argent appliquée à l'aide d'un tampon d'ouate et de neutraliser l'excès de nitrate par une solution de chlorure de sodium.

Le *Dr Rolland* réplique en disant que la récidive de surdité survenue chez la malade à laquelle a fait allusion le *Dr Laramée* a pu être causée non par un nouveau polype, mais par une sclérose de la muqueuse de la caisse.

Il croit que l'électrolyse est un traitement dépourvu de danger, parce que le nombre d'éléments employés pour l'électrolyse dépasse rarement 4 à 6 piles médicales ordinaires réunies en tension ; quant à l'efficacité d'un tel traitement, il ne la met pas en doute, mais la déclare peu pratique et de trop longue durée.

Le *Dr Foucher* ajoute que l'emploi du nitrate d'argent, tel que recommandé par le *Dr Hingston*, ne remplit pas aussi bien le but pour lequel on l'applique que l'acide chromique et le galvano-cautère.

Le nitrate d'argent cautérise trop superficiellement et exige des applications longtemps renouvelées.

W. H. HINGSTON Président,  
A. A. FOUCHER Secrétaire.

Membres présents : MM. les D<sup>rs</sup> Hingston, Mignault, Guérin, Cléroux, Barry, Rolland et Foucher.

Présidence du D<sup>r</sup> W. H. Hingston.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

Le D<sup>r</sup> Guérin relate un cas d'empoisonnement par l'acide carbolique, suivi d'un coma de huit heures. Il demande quelle a pu être la cause de ce coma ?

Le D<sup>r</sup> Mignault croit que l'absorption de l'acide carbolique a pu supprimer la sécrétion de l'urine et l'urine déterminer l'attaque de coma.

Le D<sup>r</sup> Cléroux croit que l'absorption seule de l'acide carbolique a pu déterminer cet état.

Le Président relate un cas d'hémorrhagie mortelle survenu dans sa pratique hospitalière après une opération sur l'utérus. Ayant voulu mettre en pratique les conseils de Kœberlé, qui remplace les ligatures par des pinces laissées en place pendant 24 heures, il a vu survenir une hémorrhagie rapidement mortelle, après avoir enlevé le forceps, qu'il avait ainsi appliqué afin de juger de l'efficacité de cette méthode.

On discute des affaires de routine et la séance est levée.

W. H. HINGSTON, Président.

A. A. FOUCHER, Secrétaire.

---

Séance du 4 janvier 1889.

Membres présents : MM. les D<sup>rs</sup> Hingston, Brunelle, Guérin, Cléroux, Desroches, Barry, Rolland, Brennan, Beausoleil, Chartrand et Foucher.

Présidence du D<sup>r</sup> W. H. Hingston.

Lecture et adoption des minutes de la séance précédente.

Le Secrétaire fait lecture d'une lettre du D<sup>r</sup> Auvard, accoucheur des hôpitaux de Paris, exprimant le désir d'appartenir à la société, en qualité de membre correspondant.

Le savant médecin fait don à la société de trois volumes précieux sur l'obstétrique, qui sont acceptés avec reconnaissance.

Sur proposition du D<sup>r</sup> Lamarche, secondé par le D<sup>r</sup> Brunelle (1) le D<sup>r</sup> Auvard a été élu *membre correspondant* de la société.

Les D<sup>rs</sup> Beausoleil, Rolland, Brunelle, Cléroux et Foucher donnent

---

(1) Les règlements exigeant un avis de motion sont suspendus.

avis de motion qu'ils proposeront respectivement comme membres de la société MM. les D<sup>rs</sup> Duquette, Casgrain, Royal, Jeannotte et Cormier.

Le *Dr Foucher* présente un nouveau modèle de polypotôme basé sur l'excision à l'anse froide. Il réclame pour cet instrument les avantages qui suivent :

- 1<sup>o</sup> Facilité d'application.
- 2<sup>o</sup> Traction directe sans masquer le champ d'opération.
- 3<sup>o</sup> Force suffisante pour enlever sans difficulté les plus gros polypes du nez.

Il passe en revue les différents procédés opératoires et se déclare en faveur d'un procédé mixte, dont la plus grande part est accordée à l'excision à l'anse froide, aidée de l'arrachement et de la cautérisation à l'acide chromique.

L'excision est pratiquée pour les portions volumineuses de la tumeur et l'opération peut être prolongée tout le temps que dure l'anesthésie à l'aide de la cocaïne ; quand l'anesthésie cesse, on applique l'acide chromique et la séance opératoire est remise à plus tard.

Lorsqu'il n'existe que de petites portions de polypes situés profondément, l'arrachement à l'aide de petites pinces, suivi de cautérisation à l'acide chromique lui paraît devoir être employé.

Il y aurait peut-être moins de récidives si l'opérateur n'abandonnait un patient qu'après avoir enlevé tout le polype et en avoir cautérisé toutes les attaches.

Le *Dr Brunelle* emploie plusieurs instruments tour à tour, tous sur le principe de l'arrachement ou de l'excision.

Il signale l'utilité du doigt indicateur dans le polype naso-pharyngien.

Le *Dr Rolland* se déclare partisan de l'anse froide qui lui a donné de bons résultats, et il signale les dangers de l'arrachement par torsion, et cite des cas où les cornets ont été enlevés inutilement.

Le *Dr Hingston* ne redoute pas les dangers du procédé par arrachement. L'hémorragie qui en résulte est facile à arrêter. Il signale le danger de la cautérisation, entre autres, les adhérences entre la cloison et la muqueuse des cornets.

Le nouveau modèle de polypotôme présenté à la société lui paraît être une modification importante des instruments du même genre. Il croit cependant qu'il y a disproportion entre le pas de vis et la longueur de l'anse.

En réplique, le *Dr Foucher* ajoute que les différents procédés opératoires restent discutables, et que la guérison pourra toujours être obtenue quoique par des voies différentes. Relativement à la force de

l'instrument qu'il présente, il ne le croit nullement disproportionnée, attendu que la corde à piano utilisée dans ce cas peut supporter une tension équivalente à 770 livres.

La séance est levée.

W. H. HINGSTON, Président.

A. A. FOUCHER, Secrétaire.

---

## 25 OVARIOTOMIES.

---

M. le Dr Félix Terrier, chirurgien de l'Hôpital Bichat, à Paris, vient de publier (1) des *remarques cliniques* précieuses sur une nouvelle (sixième) série de 25 ovariectomies.

Cette remarquable étude porte sur *les conditions étiologiques des kystes ovariens, les accidents qu'ils déterminent, la thérapeutique qu'ils nécessitent*. Il insiste sur *le mode d'intervention chirurgicale, ses résultats immédiats, et sur ses résultats éloignés*. Il termine par l'analyse de la cause des insuccès et l'étude de la nature des néo-formations kystiques ou autres enlevées par l'ablation des ovaires dégénérés.

Voici les conclusions auxquelles l'auteur s'est arrêté après l'examen des faits de cette nouvelle série.

1° L'âge des néoplasmes malins est celui où se développent le plus souvent les tumeurs ovariennes kystiques, ce que nous avons déjà signalé.

2° D'ordinaire les menstrues sont peu influencées par les tumeurs kystiques, il faut peut-être faire quelques restrictions pour les tumeurs qui siègent des deux côtés.

3° Quand ils se développent chez des femmes jeunes, les kystes peuvent déterminer des troubles dans l'évolution de la grossesse et provoquer des fausses couches, non toujours par leur volume, mais par les accidents inflammatoires qu'ils peuvent faire naître.

4° Le début des tumeurs et les accidents qu'elles provoquent n'ont ici rien de spécial à noter.

5° La gravité des ponctions antérieures à l'opération ne peut résulter que de l'ensemencement du liquide kystique par des instruments septiques, comme nous l'avons déjà dit.

---

(1) Revue de chirurgie, déc. 1888.

6° Toute altération de la sécrétion urinaire et surtout la présence de l'albumine est d'un pronostic opératoire fort sérieux, alors même que l'albuminurie n'existe plus au moment de l'opération. L'observation 147 en est un exemple frappant, car au 15<sup>e</sup> jour survint une poussée de néphrite parenchymateuse qui compromit l'existence de la malade. Or celle-ci avait été albuminurique dans ses précédentes couches, et l'albumine avait absolument disparu lors de l'intervention chirurgicale.

7° Les causes de la mort de cette série sont : trois péritonites aiguës et des accidents urémiques dans un cas.

8° Si, après fermeture du ventre, on pouvait soupçonner l'oubli d'un corps étranger dans l'abdomen, il faudrait, comme le fit Spencer Wells, rouvrir la cavité abdominale et aller à la recherche du corps étranger.

---

## SUEUR DES PHTISIQUES

---

M. Eugenio di Mattei a fait des expériences dans le but de déterminer si la sueur des phtisiques (dans laquelle, en 1884, Severi avait constaté la présence des bacilles de la tuberculose) est ou non infectieuse. Dans une première série de recherches, l'auteur se procurait la sueur en raclant simplement la peau avec un bistouri. Les matières adhérentes à la lame de l'instrument, déposées sur une petite plaque de verre, étaient passées rapidement et trois fois de suite à travers la flamme d'une lampe à alcool et colorées ensuite par le procédé de Koch-Ehrlich.

Ces recherches, qui portèrent sur huit phtisiques, aux différentes périodes de la maladie et ayant tous les bacilles de Koch dans les crachats, permirent de constater dans les masses obtenues par le râclage de la peau, des microcoques de dimensions variables, des bacilles pareils à ceux de la tuberculose, des fragments de cellules, etc. L'ensemencement de ces masses donna lieu, entre autres, au développement de deux colonies du bacille de la tuberculose. Quatre lapins inoculés avec ces cultures succombèrent tous à la maladie. Sur dix lapins inoculés dans la chambre antérieure de l'œil directement avec la sueur des phtisiques, on put constater chez huit le développement de l'affection tuberculeuse.

Dans une autre série de recherches, l'auteur procédait à l'enlèvement de la sueur après avoir pris toutes les mesures d'une antiseptie rigoureuse. La peau était lavée consécutivement avec l'eau savon-

neuse, l'alcool à 90°, la solution de sublimé au 1/1000 et enfin avec l'eau stérilisée ; on l'essuyait à sec, puis on y appliquait un grand verre de montre où s'accumulait la sueur ; on retirait le verre après deux ou trois jours. Les expériences faites avec cette sueur donnèrent des résultats absolument négatifs sous le triple rapport de la recherche des bacilles, de l'ensemencement et des inoculations aux animaux.

Voici les conclusions auxquelles est arrivé le Dr Eugenio di Mattei après de patientes recherches sur les sueurs des phtisiques :

1° Que la sueur des phtisiques contient des bacilles de Koch et qu'elle est, par conséquent, infectieuse ;

2° Que ces bacilles ne sont pas éliminés de l'organisme avec la sueur, mais qu'ils proviennent des crachats tuberculeux suspendus dans l'air et attachés au linge du malade ;

3° Qu'il faut interdire aux phtisiques de cracher sur le plancher, et que leurs vêtements doivent être désinfectés chaque fois qu'une autre personne est obligée de les manipuler. (*Bulletin médical*).

## MEDECINE PRATIQUE

### **Ulcères atoniques de la jambe** (Traitement des).

Le Dr Appenrodt traite les ulcères atoniques de la jambe de la manière suivante :

1° Désinfection de l'ulcère et de la jambe affectée.

2° Laver la jambe à l'eau et au savon, l'essuyer parfaitement bien et l'enduire de lanoline.

3° Massage léger de la jambe, l'apparition de lymphes sur les points excoriés indique que le traitement produit d'heureux effets.

4° Grand lavage à l'eau et au savon, suivi d'un bandage à la lanoline.

Sous ce traitement le gonflement du membre diminue, l'eczéma sèche et de saines granulations surgissent à la surface de l'ulcère. On a soin de continuer le massage même après la disparition de l'ulcère. Le patient exercera ses membres par un exercice approprié afin de faire disparaître toute raideur articulaire.

(*The amer. Journal of hygiene and antiseptics*).

### **Eclampsie puerpérale.**

Veit, après avoir mis en usage toutes les autres médications, donne maintenant la préférence à la morphine, à haute dose, en injections

hypodermiques, dans tous les cas d'éclampsie puerpérale. Sa première dose est ordinairement de  $\frac{3}{4}$  de grain, les doses suivantes sont décroissantes, mais il est généralement nécessaire de donner de  $1\frac{1}{2}$  à 3 grains en 4 à 7 heures.

On doit aller jusqu'à la narcose. Aux complications de l'éclampsie, il oppose les bains chauds. Il croit que la pilocarpine dispose à l'œdème pulmonaire. (*Amer. Jour. of med. sciences.*)

### Diphthérie pharyngée.—38 cas, 38 guérisons.

Nous savons qu'à l'heure actuelle le traitement local de la diphthérie pharyngée est très en honneur, et nous avons dit récemment comment M. Gaucher réalisait ce traitement local à l'aide du camphre phéniqué. M. Rosenthal prône, à titre de topique, une solution de pyridine au 1/10°. On pratique des attouchements sur la région malade avec un tampon de ouate imbibée de cette solution. Immédiatement après le malade se gargarise avec un collutoire contenant 45 grains de chlorate de potasse pour 3 onces de véhicule et inhale les vapeurs d'une solution phéniquée au 1/200°. Sur trente huit malades adultes, M. Rosenthal note trente huit guérisons, et sur vingt-six enfants, dix-neuf guérisons. Même en admettant que ces chiffres soient exagérés ou représentent une série heureuse, on pourra essayer le traitement de Rosenthal, car il paraît inoffensif. (*Thérap. Contemp.*)

### Traitement de la typhlite. (BOUCHARD)

1° Calmer la douleur, soit par une injection de morphine, soit par l'application d'une couche épaisse d'onguent napolitain belladonné, recouverte d'un grand cataplasme très chaud.

2° Déterger et rendre aseptique le gros intestin par de grandes irrigations intestinales faites deux fois par jour avec une pinte au moins d'eau à 38 degrés, à laquelle on ajoutera :

Borate de soude.....75 grains.

Et deux ou trois cuillerées à café du mélange suivant :

Teinture de benjoin..... }  
Alcool camphré..... } àà

Les irrigations doivent être faites avec beaucoup de lenteur.

3° Le repos doit être absolu.

4° On usera peu de purgatifs et seulement des plus doux (magnésie dans de l'eau sucrée, par exemple).

5° Comme régime alimentaire, le lait d'abord coupé d'eau alcaline et en petites quantités à la fois, plus tard additionné d'un jaune d'œuf ; en somme, une alimentation laissant peu de résidus et donnant peu

de prise aux fermentations intestinales qu'on peut d'ailleurs réduire au minimum en instituant simultanément l'antisepsie du tube digestif par la voie gastrique. (*Courrier Médical*).

### La terpine dans la bronchite des enfants.

Elle s'emploie sous forme d'élixir, de vin, de pastilles ou de pâte, à la dose de 2 à 12 grains par jour, chez des enfants de 6 à 10 ans. Elle remplace avantageusement la térébenthine.

“ La terpine est d'un goût bien moins désagréable que la térébenthine : on peut ainsi la faire accepter à de petits malades récalcitrants bien plus facilement que cette dernière substance. Chez des enfants de 8 ans environ, j'ai pu la prescrire à la dose de 10 à 12 grains, sans constater chez eux de répugnance ou de perturbation gastro-intestinale. ” — DESCROIZILLES. (*Journ. de méd. de Paris*).

### Epilepsie, migraines, etc.

M. le Dr Emile Joubert, qui a été lauréat de l'Académie de médecine cette année (prix Barbier), préconise, dans le mémoire honoré de cette récompense, le traitement de l'épilepsie par le bromure d'or et croit la guérison possible par ce médicament. C'est depuis 1878 que M. Joubert a expérimenté ce traitement ; avec le bromure d'or on éviterait, dit notre confrère, les accidents d'intolérance, de bromisme qui surviennent souvent avec les bromures alcalins. Voici le mode d'emploi :

Le bromure d'or s'emploie en granules ou en solution.

M. Joubert avait commencé à se servir, en 1878, des granules qui lui paraissaient plus commodes ; il a obtenu avec eux de très bons résultats chez certains malades, moins bons chez d'autres. La pensée lui est venue que cette inégalité d'action pouvait être imputée à la forme du médicament et il a essayé la solution qui a toujours été efficace.

La solution, même très faible, est d'un rouge orangé intense, elle ne saurait être comparée à celle du chlorure d'or, d'un jaune paille très pâle.

DOSES.— La dose moyenne pour adulte est de  $\frac{1}{6}$  de grain en vingt-quatre heures ; pour un enfant,  $\frac{1}{18}$  à  $\frac{1}{9}$  de grain suffisent. Quand on veut obtenir un effet rapide chez un adulte, on commence d'emblée par  $\frac{1}{6}$  de grain, et si cela ne suffit pas, on augmente peu à peu la dose suivant les résultats obtenus.

Le plus souvent il ne faut pas forcer la quantité du médicament absorbé chaque jour ; quand il se produit une céphalée peu intense, persistante, sans somnolence, mais identique chez tous les malades qui l'ont éprouvée, en revenant à la dose moyenne, l'accident cesse de suite.

M. Joubert n'a jamais dépassé  $\frac{1}{4}$  de grain en vingt-quatre heures.

L'action du bromure d'or paraît durable, puisque des malades ont pu rester pendant plusieurs années, n'ayant fait aucun traitement, sans voir apparaître le plus petit accident, la moindre manifestation épileptiforme.

Pour prendre date, M. Joubert cite les bons effets du bromure d'or dans la migraine, quelle qu'en soit l'origine.

Trois cas de goître exophthalmique ont été traités avec un succès complet par ce médicament. (Concours médical).

### **Le calomel dans les hydropisies hépatiques et rénales.**

M. Terray, assistant à la clinique médicale du professeur Koranyi, à Pesth, rapporte dans le N<sup>o</sup> 50 de la *Wiener Med. Presse*, six cas de cirrhose (tant atrophique qu'hyperthrophique) du foie et deux cas de néphrite interstitielle dans lesquels l'administration énergique du calomel a provoqué une augmentation considérable de la sécrétion urinaire et a fait rapidement disparaître l'œdème, l'ascite et l'hydrothorax.

Le médicament a été employé à la dose de trois à cinq grains répétée trois fois dans les vingt-quatre heures. On continuait ce traitement pendant plusieurs jours (pendant dix jours chez un malade) jusqu'à l'apparition des symptômes de mercurialisme, ces derniers étaient toujours légers, se bornaient à un peu de stomatite et de diarrhée non douloureuse ; ils n'aggravaient jamais l'état général et s'éffaçaient complètement devant l'amélioration et le bien-être que procurait au malade la disparition des hydropisies et des troubles qui en dépendaient.

Il faut toutefois remarquer qu'il n'en est pas toujours ainsi et que dans quelques cas — très rares au dire de M. Terray — le traitement par le calomel peut produire des phénomènes plus graves de mercurialisme. Ainsi, M. Terray a observé en 1887 un cas de rétrécissement mitral avec néphrite interstitielle où le calomel resta sans effet diurétique et produisit sur l'amygdale droite une ulcération étendue et douloureuse qui gêna au plus haut degré la mastication et la déglutition.

Fait intéressant à noter : tout en étant un excellent diurétique dans la néphrite interstitielle, le calomel reste sans aucune influence sur la sécrétion urinaire dans la néphrite parenchymateuse. D'où il résulterait que si l'intégrité absolue du rein n'est pas une condition indispensable à l'action diurétique du calomel, cette action est nulle dans le cas d'altérations profondes de l'épithélium rénal.

De ses observations M. Terray conclut que le calomel est un excellent diurétique, non seulement dans les hydropisies d'origine cardiaque (ce qu'admet la majorité des cliniciens allemands), mais aussi dans les hydropisies, les cirrhoses hépatiques et la néphrite interstitielle, fait encore nié par beaucoup d'auteurs. (*Bull. méd.*)

### Traitement de la syphilis.

Le professeur Emerich Poor, médecin hongrois, a adopté et recommande le traitement suivant : il administre d'abord l'eau minérale d'Ofen (Buda-Pesth, en Hongrie), comme apéritif et comme moyen préparatoire, et prescrit des bains tièdes. Puis, la solution suivante :

Eau distillée .....	8 à 24 onces.
Bicarbonate de sodium....	} à 75 grains à 2½ drachmes.
Sulfate de sodium. ....	
Iodure de potassium.....	

dont il fait prendre d'abord de 1 à 2 grandes cuillerées trois fois par jour, dose qu'il augmente d'une cuillerée chaque semaine. Si, sous l'influence de 6 cuillerées, les symptômes syphilitiques ne commencent pas à s'effacer, la dose est portée à 7 et même à 8 cuillerées ; ce n'est qu'exceptionnellement que l'on arrive à 9 ou 10 cuillerées, pour faire disparaître complètement les symptômes syphilitiques et les infiltrations chroniques. Il prescrit, en outre, un ou deux bains savonneux par semaine. Il fait disparaître les bubons indolents par les lotions avec la teinture d'iode.

Par le traitement ci-dessus, notre confrère hongrois a réussi à faire disparaître les symptômes de la première période dans l'espace de deux à six semaines, ceux de la seconde dans l'espace de cinq à dix semaines, ceux de la troisième dans l'espace de deux à six semaines.

Voici les avantages de ce traitement : 1° Il ne s'accompagne jamais de pyalisme, d'affection des gencives, du pharynx, etc. 2° L'iodisme ne s'est jamais produit lorsque l'emploi des prescriptions ci-dessus a été fidèlement appliqué. 3° Pour agir avec ce traitement, il ne faut pas attendre la manifestation des symptômes secondaires ; il produit ses bons effets d'autant plus rapidement qu'il est prescrit plus près du début de la maladie, et c'est dans la première période qu'il importe d'y avoir recours ; il serait même, suivant l'auteur, un traitement abortif, s'il est employé avant le dixième jour de l'apparition des premiers symptômes. 4° On observe point de rechute de la syphilis dans le cours de ce traitement. (*The therap. Gaz.*, du 15 novembre 1888).

R.—(*Union médicale de Paris*).

### **Association du calomel et de la digitale dans le traitement de l'ascite liée à une cirrhose du foie.**

Le docteur Schwass, cité par *The therapeutic Gazette*, du 15 novembre 1888, a obtenu des résultats très avantageux de cette association, dans des cas où l'emploi de l'un des deux médicaments isolément n'avait produit aucun effet utile. Cette association, dit l'auteur, permet d'éviter la salivation, la stomatite et tout danger de catarrhe gastrique ou intestinal. Dans tout cas d'ascite par cirrhose du foie, lorsqu'il n'y a pas de complication, à l'exception d'une maladie de cœur, qui n'est pas une contre-indication, et si l'affection hépatique n'est pas arrivée à ses dernières périodes, il conseille d'administrer le calomel et la digitale associés, comme moyen très probable de prolonger la vie, et peut-être même de produire la guérison. En tout cas, cette union permet une plus longue durée du traitement. R.—(*Idem*).

### **Gelsemium sempervirens.**

Le docteur Jakson (de Brockville) donne, dans *The therapeutic Gazette*, du 15 novembre 1888, les résultats suivants de l'emploi médical de cet agent thérapeutique. Dans le traitement des névralgies de la face, cet agent serait, d'après son expérience personnelle, le remède *par excellence* des névralgies de la mâchoire inférieure. La pratique lui a démontré qu'il n'y a point de meilleur mode de traitement dans le catarrhe nasal causé par l'action du froid sur la tête, pendant la période congestive aiguë. Quinze à vingt cinq gouttes de l'extrait liquide, prises au moment de se coucher, soulage très efficacement de cette pénible et gênante affection. Ordinairement une dose suffit. Mais si un traitement complémentaire est requis, il suffit de faire quelques insufflations avec une solution à 4 % d'hydrochlorate de cocaïne.

R.—(*L'Union médicale de Paris*).

### **Traitement de l'entorse. (FÉLIX LAGRANGE).**

Lorsque l'entorse n'est pas compliquée, on pratique une longue séance de massage, à la suite de laquelle on applique une longue bande de caoutchouc. Par dessus la bande de caoutchouc, on étale des compresses réfrigérantes.— Si l'entorse est compliquée, on ne pratique aucune manipulation et on applique d'emblée la bande élastique.— Dans le cas où, vers le quatrième ou le cinquième jour, apparaissent des accidents aigus, une arthrite traumatique intense, on immobilise le membre dans une bonne position, et on voit s'il n'y a point lieu de pratiquer un débridement.— Lorsqu'il s'agit d'entorse compliquée, accompagnée d'accidents inflammatoires subaigus, le massage

est dangereux et ne doit être employé que plus tard, quand l'entorse est devenue chronique, avec empâtement du membre et raideur articulaire. Dans le but de rétablir les mouvements de la jointure, on combine avec le massage, les douches, l'électricité, divers exercices d'assouplissement, et on prévient ainsi la formation d'une ankylose. — Si l'entorse a été suivie d'une arthrite chronique, il faut se garder de mobiliser trop vite l'articulation, car les mouvements intempestifs entretiennent l'inflammation, qui par ses exsudats plastiques peut produire l'ankylose, tandis que l'immobilisation rigoureuse est un puissant antiphlogistique. (Courrier médical de Paris).

### **Sur l'opportunité de la pleurotomie, par le Dr CARDARELLI.**

(In *Il Progresso* et *La Rassegna di scien. med.* octobre 1888)

Il faut, dit l'auteur, avant d'intervenir en chirurgie, être bien certain de l'existence et de la qualité de l'exsudat pleurétique et faire, dans ce but, une ponction exploratrice.

Cela fait, il reste quatre conditions dans lesquelles la thoracentèse s'impose comme une nécessité :

1° En présence d'une quantité excessive de liquide dans la plèvre et lorsqu'il y a menace d'asphyxie ;

2° Quand la cavité pleurale est remplie complètement chez un malade qui peut, malgré cela, n'en point souffrir ;

3° Lorsque le liquide est purulent, alors même que les malades ne se portent pas plus mal

4° Quand il y a hydropeumothorax avec troubles du cœur et de la respiration par suite de la compression de la veine cave par l'épanchement pleural.

Il reste encore deux cas dans lesquels on peut discuter la valeur de l'intervention, à savoir :

1° Dans les pleurésies franches guéries, où il ne reste qu'une petite quantité de liquide :

2° Dans les pleurésies aiguës avec forte fièvre, douleur vive et formation rapide du liquide.

Dans ces deux cas, l'auteur n'hésite jamais et pratique immédiatement la thoracentèse.

S'il reste une fistule, le docteur Cardarelli propose l'opération d'Eslander, mais il la trouve inutile dans le plus grand nombre des circonstances. (Union médicale de Paris).

## FORMULAIRE THERAPEUTIQUE

### Coqueluche. (VEILLARD).

#### LA COCAÏNE.

Pour diminuer la violence de la coqueluche, on peut badigeonner le pharynx et les amygdales quatre fois par jour avec la solution :

Chlorhydrate de cocaïne ..... 15 grains.

Eau distillée..... 5 drachmes.

(*Journal de médecine de Paris*).

### Sirop contre le tænia. (THOMSON).

Chloroforme . ..... 1 drachme.

Sirop de sucre ..... 1 once.

Mêlez. — A donner en trois doses égales, la première à sept heures du matin, la seconde à neuf heures, et la troisième à 11 heures.— A midi, le malade avale 35 gram. d'huile de ricin. L'expulsion du tænia a lieu une heure et demie à deux heures après l'ingestion du purgatif.

N. G. — (*Union médicale de Paris*).

### Potion contre l'hémoptysie. (GUBLER).

Ergotine Bonjean..... 1 à 2 drachmes.

Acide gallique ..... 10 grains.

Hydrolat de menthe ..... 2½ onces.

Sirop d'essence de térébenthine.... 1 once.

F. s. a. Une potion à donner par cuillerées dans les vingt-quatre heures, aux personnes atteintes d'hémoptysie.— Boissons glacées, repos au lit, sinapismes sur les membres et le thorax successivement.

N. G.—(*Union médicale de Paris*).

### Traitement de l'endocardite. (F. BARIÉ).

Comme traitement local, ventouses scarifiées au niveau de la région précordiale, ou applications de glace, ou larges vésicatoires sur la région douloureuse.— Comme traitement général, le Professeur Jaccoud conseille l'emploi d'une potion contenant huit grains de tartre stibié pour l'homme et cinq grains pour la femme. Cette potion doit être prise par cuillerées à bouche toutes les heures. Le traitement est poursuivi pendant deux ou trois jours, suivant l'effet obtenu, en ayant soin de mettre un intervalle de vingt-quatre heures entre chaque jour de médication. Dès la deuxième ou la troisième potion,

on constate souvent la diminution et même la disparition des phénomènes stéthoscopiques. Toutefois ce traitement ne convient qu'aux sujets vigoureux.— Lorsque la fièvre est intense le pouls fréquent, on a recours aux modérateurs du cœur et, en particulier, à la digitale, soit sous forme de teinture, soit sous forme d'infusion de la feuille. S'il se manifeste de l'intolérance, accompagnée de vertiges, de nausées et de vomissements, on substitue à la digitale le bromure de sodium à la dose de 2 à 4 grammes par jour, ou encore la teinture de convallaria maialis, à la dose de 5 grammes. — Repos absolu, régime alimentaire doux, composé de lait, de bouillon, de boissons fraîches, légèrement acidulées.— Lorsque les accidents du début sont calmés, on fait intervenir la médication tonique et, pour enrayer la formation des produits plastiques développés sur les valvules, on prescrit les préparations iodurées.

N. G.— (*Union médicale* de Paris).

#### **Injection contre le mal de mer.** (REBATEL).

Sulfate d'atropine .....  $\frac{3}{100}$  de grain.  
Eau distillée..... 2  $\frac{1}{2}$  drachmes.

Faites dissoudre.— On pratique une injection sous-cutanée toutes les sept ou huit heures, pour combattre le mal de mer. Ce traitement ne provoque aucun accident, si ce n'est parfois un peu de sécheresse de la gorge.— On peut, si on désire provoquer le sommeil, ajouter de la morphine à la solution, mais en faible quantité, afin de ne pas contrebalancer l'effet de l'atropine.— N. G. (*Union médicale* de Paris).

#### **Pommade contre l'acné du dos.** (E. BESNIER).

Acide salicylique..... 15 grains.  
Savon noir..... }  
Axonge ..... } ââ 6 drachmes.

Mêlez.— Pour combattre l'acné du dos, qu'on observe si fréquemment chez les jeunes gens, on pratique, chaque soir, des frictions prolongées avec cette pommade ; et quand la peau est suffisamment irritée, on administre des douches de vapeur et des douches sulfureuses.

N. G.— (*Union médicale* de Paris).

#### **Traitement de la diarrhée verte du jeune âge.** (HAYEM).

Dans le cas de troubles gastro-intestinaux des jeunes enfants avec diarrhée verte, l'auteur administre l'acide lactique, sous forme de solution à 2 %, à la dose d'une cuillerée à café, un quart d'heure après la tétée. Il en fait prendre 5 à 6 dans les vingt-quatre heures, ce qui représente à peu près 8 à 12 grains d'acide lactique pur.— On peut aussi

donner 2 à 3 cuillerées à café du sirop suivant : Acide lactique  $\frac{1}{2}$  drachme, sirop simple 3 onces, essence de citron 1 goutte.

S'il existe des vomissements, on les voit cesser dès les premières prises ; puis le nombre des garde-robes diminue, en même temps que les matières perdent leur coloration verte pour devenir jaunâtres. Afin d'éviter les rechutes, on éloigne du malade toutes les pièces de linge souillées par les matières vomies et surtout par les selles. On a soin de plonger ces linges dans un baquet contenant une solution de sublimé au millième. — N. G. (Union médicale de Paris).

---

## CHRONIQUE.

---

Vous savez que la diphtérie est un terrible fléau, que malgré le dévouement éclairé du médecin, il moissonne tous les ans un grand nombre de victimes ; eh bien ! si l'on en croit la dernière malle européenne, la profession possèdera bientôt le moyen d'en prévenir l'expansion et même d'en enrayer l'existence. Je vous donne cet espoir sous toutes réserves, je me contente de vous dire ce que j'en ai appris.

En 1883, Klebs avait trouvé dans des fausses membranes diphtériques un microbe qu'il signala comme spécial à la diphtérie.

L'année suivante, Loeffler observa ce microbe, l'isola et le cultiva à l'état de pureté, mais en faisant des études de contrôle, recherches comparées, il remarqua dans la bouche d'un enfant en parfaite santé, un microbe identique au premier. De plus, il ne retrouva pas de bacille dans tous les cas de diphtérie.

Roux et Yersin viennent de compléter (1) les recherches des bactériologistes allemands. Ils sont arrivés à reproduire chez des animaux des maladies en tous points identiques à la diphtérie : inflammation infectieuse des ganglions, fausses membranes, infection généralisée, paralysies, etc. Leurs savantes et patientes observations leur ont permis de conclure à l'existence d'un poison provenant du microbe diphtérique.

Le fait d'avoir observé le bacille de la diphtérie dans la bouche et le pharynx de personnes en parfaite santé, conduit MM. Roux et Yersin à conclure que ces hôtes, inoffensifs de leur nature, deviendraient virulents et infectieux s'ils étaient placés dans un milieu altéré par

---

(1) Annales de l'Institut Pasteur, décembre 1888.

l'influence de l'inflammation ou par la simple chute de l'épithélium de la muqueuse buccale.

La conclusion des auteurs, en attendant plus ample développement, est que dans les angines simples, rubéoliques ou scarlatineuses, il convient de faire de fréquents lavages phéniqués pour prévenir la pénétration et la pullulation du bacille diphtérique.

Ces données confirment pleinement les observations cliniques, et nous font entrevoir le jour où nous pourrons prévenir les inflammations diphtériques.

En attendant, évitons d'abattre les malades en visant les microbes : protégeons ceux-là contre l'atteinte de ceux-ci.

\* \* \*

“ Levez-vous dès le point du jour ; que le soleil, en regardant la terre, ne puisse dire : *Voilà un lâche qui sommeille.* ”

Il y a longtemps, déjà longtemps, que ce mot de Franklin me pique les oreilles. J'ai eu occasion de le répéter souvent, sous des formes variées. Que de fois n'ai-je pas invité les praticiens de cette province, les lecteurs de cette revue, à apporter en collaboration leur part de travail et d'expérience ! L'appel ne fut pas inutile ; mais la réponse aurait pu être plus générale. On me réservait d'agréables surprises pour l'année 1889. Voici que, d'outre-mer, nous arrive une riche moisson de clinique médicale.

Monsieur le Dr J. Laberge — un de nos compatriotes — qui est en Europe depuis trois ans, a bien voulu accorder son concours scientifique à la *Gazette Médicale* de Montréal. Grâce à son dévouement, notre revue publiera, tous les mois, une des cliniques données par M. le professeur Charcot à la Salpêtrière.

Je n'ai pas besoin de vous dire qu'il faut plus qu'une science ordinaire pour suivre avec profit ces savantes leçons. Ceux qui connaissent les ouvrages du Professeur, se rendront facilement compte de cet avancé. Si l'intelligence de ses leçons est difficile, que penser des difficultés de l'analyse ? Comment rendre exactement la pensée du maître ? Comment, tout en conservant les grandes lignes, en saisir et en fixer les nuances intermédiaires, si délicates quelquefois, qu'elles semblent douées d'une incessante mobilité ?

C'est ici, vous dis-je, plus qu'une œuvre de bon travail et de saine application, c'est le fait d'un dilettante, même d'un artiste.

Cette tâche, M. le Dr Laberge l'a entreprise, l'a faite. Ce sont donc de rares primeurs que je crois avoir l'honneur de vous servir.

\*  
\* \*

Hé !..... n'allez pas croire que ce fut facile de décider notre ami à nous ouvrir ses *cartons* ! Oh ! que nenni !

*L'entreprise est difficile, délicate, objectait-il, j'ai besoin d'être mieux préparé ;* et combien d'autres fins de non accepter ?

Comme les gens riches et économes, il se croit pauvre ; il lui faut encore thésauriser.

Vous voyez d'ici notre impatience !

Et pour qui donc amassez-vous ces trésors de science, si ce n'est pour vos compatriotes ?

Ne devez-vous pas à votre patrie la dîme de vos moissons ?

Le flambeau du savoir est-il votre propriété ? Ne faut-il pas le passer de main en main.

Et quasi cursores vitaï lampada tradunt. (LUCRÈCE).

Enfin, après bien des hésitations, M. le Dr Laberge se rend..... Charcot a accepté avec plaisir la proposition de publier ses leçons dans la *Gazette Médicale* de Montréal.

Cette acceptation, qui n'est pas un mince compliment à notre ami, nous vaut la riche aubaine que nous tenons.

M. le Dr Laberge, vous êtes donc deux fois le bienvenu.

\*  
\* \*

Décidément, ma tâche va devenir aussi agréable qu'utile. Si les choses vont de ce train, je n'aurai plus qu'à me croiser les bras et à *sourire d'aise à cette vie*, autrefois *amère*, de chroniqueur. C'est à qui nous fera le compliment de sa collaboration : non seulement les disciples, mais les maîtres vont nous passer le flambeau. C'est la plus généreuse gratuité que je sache. Tenez ! J'étais à vous féliciter de la visite mensuelle du Dr Laberge, lorsque m'arrive, du Dr Georges Apostoli, une lettre dont je fais, pour votre information, l'extrait suivant :

Paris, 9 décembre 1888.

Mon cher confrère,

Lorsque j'ai eu l'avantage de faire votre connaissance, l'an passé, en Amérique, vous m'avez fait l'amitié de me dire que vous receviez avec plaisir des notes de gynécologie. Si vous êtes toujours dans la même intention de m'accueillir dans votre collaboration, je prendrai la liberté de vous adresser prochainement une leçon clinique d'électrothérapie gynécologique.

En vous remerciant d'avance, mon cher confrère, de votre gracieuse hospitalité, permettez-moi de vous renouveler l'assurance de mes meilleurs sentiments dévoués.

DR APOSTOLI.

*Une*, dites-vous ? mais oui, *une* chaque mois. L'électrothérapie gynécologique est relativement peu connue ici ; on y recourt rarement en pratique civile. Nous voulons en connaître toute la valeur et quel autre, aussi bien que vous, nous l'apprendra, mon cher docteur ?

Vous voyez que l'an 1889 débute sous d'heureux auspices. Si elle tient ses promesses, je l'appellerai : *l'année du bon travail*.

\*  
\* \*

Le premier jour de janvier, s'éteignait à Montréal un homme remarquable, ignoré pourtant de tous, ou à peu près. Médecin, géologue, paléontologiste, astronome, bactériologiste, feu J. A. Crevier a touché à beaucoup de choses, et souvent d'un doigt de maître. Son insatiable amour du savoir lui fit rechercher la connaissance de tous les mondes. Il vivait entre deux instruments d'observation, un microscope et un télescope.

La connaissance des astres lui était familière, tout comme celle des infiniment petits. Ceux-ci comme ceux-là captaient son attention. Il se faisait microbe comme Maurice de Guérin s'était fait centaure. Il vivait de leur vie, et plus d'une fois le soleil du matin le surprit à ses observations. La mort, j'allais dire la vie, le prit au moment où il allait compléter une étude sur le bacille de la tuberculose qu'il cultivait depuis des mois.

Le bureau du Dr Crevier a dû être regardé par le grand nombre comme un idéal de confusion.

Il semblait qu'on n'y pût faire un pas sans détruire quelque chose. La présence du Dr Crevier ramenait l'harmonie dans ces tons brisés, ces notes discordantes, en apparence. Elle donnait à ce milieu la vie et le mouvement. Non que le docteur fut un beau parleur — il s'en fallait — mais il possédait les hautes sciences à ce point qu'il en parlait comme de choses ordinaires. Il descendait jusqu'à vous, vous soufflait ses secrets à l'oreille et vous étiez surpris d'être monté si haut sans plus d'efforts que cela.

Depuis, j'ai revu ce bureau où tout est muet et où tout semble désordonné ; et il me vient à la mémoire cette parole de Newton : *I am a child gathering pebbles on a seashore*.

Oui, nous sommes des enfants qui ramassent des curiosités au bord de la mer.

Ma foi ! la vie est courte pour l'occuper à pareil enfantillage. Il y a mieux que cela, vous le savez, vous, qui êtes médecins !

\*  
\*  
\*

Médecin, le Dr Crevier n'a pas eu de succès marquant, que je sache ; et vous vous rendez bien compte de ce fait, si vous songez aux exigences exclusives de notre profession. La médecine est jalouse de tous nos instants, elle n'admet pas l'idée d'une rivale : elle nous veut entiers à elle, sinon elle nous lâche, et si nous voulons y revenir, il nous faut en faire la conquête, aux prix des plus grands sacrifices. Or le Dr Crevier, voulant embrasser à la fois toutes les sciences, s'est vu déserté par la science médicale.

"The succesful man, a dit Fothergill, is the man who knows human nature, as well as his profession."

La nature humaine est un champ assez vaste pour notre intelligence. Elle suffit au médecin qui n'a que faire de consacrer son temps aux recherches astronomiques ou paléontologiques.

\*  
\*  
\*

Le 17 courant, à Lock Haven, Pa., C. W. Guernsey a été arrêté pour pratique illégale de médecine et de chirurgie. C'est une persécution en règle par le bureau médical de Pensylvanie, évidemment ! Pourquoi ne pas laisser en paix les guérisseurs, comme on les tolère dans une des plus belles province du Dominion ? J'invite le monsieur en question de venir ici se mettre sous la protection de notre Bureau. S'il a un diplôme en bonne et due forme, qu'il se garde bien de l'exhiber, ses chances seraient à la baisse.

\*  
\*  
\*

S. Weir Mitchell, M. D., L. L. D. a été nommé professeur des maladies mentales et nerveuses à la Polyclinique de Philadelphie. C'est là une chaire nouvellement ajoutée à cette institution.

\*  
\*  
\*

Vous rappelez-vous *le bruit* de l'appareil de Bergeon pour le traitement de la tuberculose ? Il n'y a pas de cela plus de deux ans — hélas ! que nous allons vite en thérapeutique — et déjà ce procédé était tombé en oubli. Voici qu'on en ressuscite l'emploi ; mais cette fois on vise un autre but : les vomissements incoercibles de la grossesse. A l'aide de l'appareil Bergeon on injecte *per rectum* de l'acide carbonique, et vous attendez..... le résultat.

\*  
\*  
\*

Vous savez que le docteur A. J. B. Rolland n'est pas un piocheur ordinaire ; il vous l'a prouvé par les nombreux bulletins bibliographi-

ques publiés par la *Gazette Médicale* de Montréal. Rien ne paraît, — tomes ou brochures — sur l'otologie, la rhinologie, la laryngologie, sans qu'il l'ait vite accaparé. De là à vous en faire part, il n'y a que le temps d'une bonne lecture. Comme je ne suis pas égoïste, je ne veux pas me parer des plumes — pardon, du mérite de la plume — de mon estimable ami. Je transcris ici la lettre suivante qui lui appartient en toute légitimité :

Leipsig le 27 décembre 1888.

A la rédaction de la *Gazette Médicale* de Montréal.

Très honorés Messieurs,

Par le numéro de novembre de votre très estimable journal, je vois que vous recommandez favorablement mon ouvrage (livre), ce qui me fait un très grand plaisir.

Je vous remercie de plus pour l'accueil favorable que vous lui avez donné et les chaudes recommandations que vous en avez faites à vos compatriotes.

Et j'espère que, dans l'intérêt du Dr Potiquet, le succès en sera aussi considérable de l'autre côté de l'océan, que de ce côté-ci, en Allemagne.

Le soussigné reste avec la plus grande et la plus haute considération.

Votre etc.,

Dr MOLDENHAUER.

Pour traduction conforme,

J. HIRTZ.

\* \*

J'apprends avec le plus vif regret que le Dr P. Ménière rédacteur de *La Gazette de Gynécologie*, de Paris, est actuellement dans un mauvais état de santé, ce qui est cause de la suspension temporaire de son journal, auquel j'ai souvent fait d'utiles emprunts de gynécologie pratique.

Le Dr P. Ménière a aussi été obligé de suspendre son importante clinique hospitalière, pour ne s'occuper que de sa clientèle de ville.

Faisons des vœux pour son prompt retour à une santé parfaite.

\* \*

A quoi tient la gloire des antiseptiques ! Ne voilà-t-il pas que l'iodoforme, oui, l'iodoforme proné du haut de toutes les chaires de thérapeutique, comme l'antiseptique par excellence, va tomber en oubli complet. Il n'y a vraiment qu'un pas du triomphe au..... mépris.

D'après des expériences bien contrôlées, l'iodoforme n'aurait aucune action sur les agents infectieux. Les micro-organismes de la suppuration et le bacille de la tuberculose ne seraient en rien impressionnés par l'iodoforme.

On ne croit plus qu'à l'action désodorante de cette substance, et encore cette foi me paraît mince et ne promet pas de durer.

Si j'avais le temps, je créerais un musée de curiosités thérapeutiques. J'y installerais un échantillon des substances pharmaceutiques et autres, qui ont été imposées à la profession par de prétendus expérimentateurs. J'annexerais un index bibliographique, indiquant les articles des journaux, les cliniques médico-chirurgicales, les monographies consacrées à la gloire du défunt. A mes heures de loisir, je calculerais combien de temps, combien de papier et d'encre à coûté cette fumisterie.

Mes amis, je vous le déclare, la fabrication des substances pharmaceutiques n'est pas une petite industrie. La forme coûte cher, mais le fonds *prend* davantage : pour l'une nous donnons notre argent, à l'autre nous accordons notre confiance.

N'oublions pas qu'entre ces deux termes, il y a le..... malade !

LE DR NOIR.

---

## NOUVELLES MÉDICALES

---

— M. Mairet, agrégé, est nommé professeur des *maladies mentales et nerveuses* à la Faculté de médecine de Montpellier.

— La *Philadelphia Polyclinic* vient d'instituer un cours spécial d'ophtalmologie, de trois mois, qui comprendra un enseignement théorique et pratique, accompagné d'une clinique quotidienne de trois heures.

— Le conseil de la *Société Médicale Anglaise* a adopté une résolution blâmant la publication des détails de la maladie du défunt empereur Frédéric, comme une violation de la confiance professionnelle.

### **Dispensaire de l'Asile de la Providence.**

Du 1<sup>er</sup> janvier 1888 au 1<sup>er</sup> janvier 1889.

Ordonnances qui ont été remplies au Dispensaire de l'Asile de la Providence : 32,582.

Visites des médecins du Dispensaire à domicile : 2,950.

Sur le nombre ci-dessus mentionné des ordonnances et visites, le Dispensaire des maladies des enfants, sous la direction du Dr J. Asselin, a donné les résultats suivants : Ordonnances, 1,323. Visites, 904.

## BIBLIOGRAPHIE

HISTOIRE DES PROGRÈS DE LA LARYNGOLOGIE, DE SES ORIGINES JUSQU'À NOS JOURS, par Gordon HOLMES, Traduit par le docteur CALMETTES. — Bruxelles A. Manceaux, libraire-éditeur.

Le Dr Holmes, en nous donnant l'histoire de la laryngologie, mérite non seulement de la part des laryngologistes, mais de tous les médecins. C'est un pas de plus dans l'histoire de la médecine qui est loin d'être complète. Monsieur Calmettes qui est déjà si avantageusement connu, tant par ses travaux originaux que par les diverses traductions qu'il a faites, a vu qu'il était utile de faire passer l'ouvrage de Holmes dans la langue française.

L'histoire de la laryngologie est divisée en deux époques. La première époque ou âge pré-laryngoscopique comprend cinq périodes. Des temps les plus reculés jusqu'à la mort d'Hippocrate, il n'y avait rien de connu sur l'anatomie, la physiologie, la pathologie du larynx. Le traitement n'existait donc pas. Après Hippocrate, il faut remonter jusqu'à Galien pour trouver des travaux sérieux sur le larynx. Cet auteur qui peut être considéré comme le fondateur de la laryngologie, fait une description presque complète des diverses parties de l'organe, dit qu'il y a des muscles qui ouvrent et d'autres qui ferment le larynx et a de très bonnes idées sur la production de la voix.

Les progrès de la pathologie n'ont pas marché de pair avec ceux de l'anatomie et de la physiologie. De Galien à Actuarius il n'y eut rien de fait. On rétrograde plutôt. Après cette période jusqu'à la mort de Morgagni (1771) il se fait de grands travaux. L'anatomie fait des progrès considérables. C'est la période de Carpi, Vésale, Fallope, Fabrice d'Aquapendente, etc., etc. La physiologie fut féconde en hypothèses. La cinquième et dernière période de la première époque s'étend depuis la mort de Morgagni jusqu'à l'introduction du laryngoscope (1858). Il ne restait presque rien à faire du côté de l'anatomie, car elle était à peu près complète. Les recherches se portèrent du côté de la physiologie ; plusieurs questions furent élucidées. On fit la distinction des différentes espèces d'ulcères capables de détruire le larynx. En 1829, Albers fait paraître le premier traité sur les maladies du larynx. Il fut suivi par d'autres. On fit des recherches sur le croup, le spasme de la glotte, l'œdème du larynx. La thérapeutique prit un grand développement. La trachéotomie devient une opération fort usitée.

La deuxième époque représente l'âge laryngoscopique. Garcia invente le laryngoscope et Czermak le perfectionne.

Le laryngoscope a surtout fait faire des progrès immenses à la pathologie du larynx. La phthisis laryngée, les tumeurs du larynx, le cancer, la syphilis de cet organe sont venus se montrer à nous avec les caractères qui les distinguent.

La thérapeutique et les opérations intra-laryngées n'ont atteint leur développement actuel que grâce au miroir laryngien.

L'ouvrage du D<sup>r</sup> Holmes a certainement coûté beaucoup de travail à son auteur.

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES SUR LE TRAITEMENT DU CATARRHE CHRONIQUE DES FOSSES NASALES, par le docteur Léonce LACOARRET. — Paris, Octave Doin, éditeur, 1888.

Monsieur le docteur Lacoarret a bien voulu nous adresser sa thèse. Nous y voyons exposées avec clarté et précision les idées actuelles sur les trois types de catarrhe chronique des fosses nasales. Après avoir donné brièvement les symptômes du coryza chronique simple, du coryza chronique hypertrophique et du coryza chronique atrophique (ozène essentiel), l'auteur s'attache surtout au traitement.

Le docteur Lacoarret se range du côté de M. Moure en ce qui concerne l'explication de la pathogénie de l'ozène essentiel. Il est éclectique.

Le traitement doit porter sur trois points : l'étiologie, la symptomatologie et l'état morbide. Les mêmes causes sont communes aux trois formes de coryza. Traiter les diathèses, traiter d'une manière prophylactique les causes générales non diathésiques, enfin traiter les causes locales : Tel est le traitement étiologique des trois coryzas chroniques.

L'auteur n'est pas d'opinion que le traitement interne puisse faire beaucoup pour le coryza chronique simple. Les bougies médicamenteuses, les insufflations et les poudres à priser n'ont pas les avantages qu'on veut bien leur attribuer. Les irrigations sont le moyen curatif par excellence. Monsieur Lacoarret préconise beaucoup pour les irrigations, l'usage des eaux-mères de Salies-de-Béarn, et dit en avoir obtenu de beaux résultats. Nous ne partageons pas l'opinion de l'auteur au sujet de l'action toute secondaire des pulvérisations. En Amérique, c'est une méthode courante de traitement et elle rend d'excellents services.

Au début d'un catarrhe chronique hypertrophique, les moyens indiqués pour le catarrhe simple donnent les meilleurs résultats. Dans les

cas plus avancés, lorsque le traitement médical aura échoué, il faut avoir recours à un traitement plus actif, à un traitement chirurgical. Nous ne sommes pas porté à exclure complètement, comme l'auteur le fait, toutes méthodes sanglantes dans le traitement des catarrhes hypertrophiques. Nous croyons qu'il est très difficile et long de traiter les hypertrophies des extrémités postérieures des cornets inférieurs sans en arriver à l'emploi de l'anse froide ou de l'anse galvano-caustique, surtout lorsque ces hypertrophies sont quelque peu considérables. Nous avons employé l'anse dans certains cas et nous nous en sommes bien trouvé. L'auteur n'est pas en faveur de l'emploi de la galvano-caustique chimique, mais il recommande l'emploi de l'acide chromique et du galvano-cautère.

Le catarrhe chronique atrophique (ozène essentiel) est guérissable dans la plupart des cas, si un traitement approprié et longtemps continué est adopté. Les irrigations sont le moyen le plus efficace pour débarrasser la muqueuse des croûtes qui la tapissent. Les antiseptiques jouent un rôle important dans le traitement de l'ozène. Les pulvérisations sont aussi employées. Les fumigations peuvent rendre des services lorsque les sinus sont malades. Monsieur Lacoarret recommande aussi de badigeonner la muqueuse avec des astringents ou des antiseptiques. Si la muqueuse est saillante, granuleuse, il faut se servir du galvano-cautère.

La thèse du docteur Lacoarret mérite d'être consultée, car elle est bien faite et renferme beaucoup.

A SYSTEM OF GYNECOLOGY BY AMERICAN AUTHORS, edited by Matthew D. MANN, A. M. M. D., professor of obstetrics and gynecology in the medical department of the University of Buffalo, N. Y. Vol. II. Illustrated with four colored plates and three hundred and sixty-one engravings on wood.— Philadelphia, Lea Brothers & Co., 1888.

Voici au grand complet ce magnifique traité de gynécologie. Dix-huit des gynécologistes les plus distingués des Etats-Unis ont contribué à ce second et dernier volume. C'est, on peut le croire, l'œuvre la plus complète sur ce sujet jusqu'ici trop négligé. Le praticien canadien peut maintenant combler la lacune qui a existé jusqu'ici dans l'enseignement de cette partie de la science médicale. Il ne se passe pas de jours qu'il n'ait quelques cas de gynécologie à traiter ; ce livre vient à point pour éclairer son diagnostic et diriger son traitement. Le lecteur jugera de l'importance des matières traitées dans ce volume en jetant un coup d'œil sur la table suivante :

Maladie du vagin, par C<sup>is</sup> Carroll Lee, A. M., M. D.

- Les névroses hystériques, par George J. Engelman, M. D.  
 Gestation extra-utérine, par T. Gaillard Thomas, M. D.  
 Tumeurs du sein, par Samuel W. Gross, M. D., L. L. D.  
 Autres maladies du sein, par Roswell Park, A. M., M. D.  
 Fistules, par Edward W. Jenks, M. D., L. L. D.  
 Maladies de la vessie et de l'urètre, par William H. Baker, M. D.  
 Tumeurs bénignes de l'utérus, par R. Scanbury Sutton, A. M., M. D., L. L. D.  
 Affections malignes de l'utérus, par W. T. Lusk, M. D.  
 Lacérations du col de l'utérus, par Bache McEvers Emmet, M. D.  
 Inversion chronique de l'utérus, par Samuel C. Busey, M. D., L. D.  
 Injures et lacérations du périnée et du plancher pelvien, par H. A. Kelly, M. D.  
 Traitement des tumeurs ovariennes et extra-ovariennes, par William Goodell, A. M., M. D.  
 Maladies des ovaires, par R. Batty et H. C. Coe, A. M., M. D.  
 Affections des trompes de Fallopes, par H. C. Coe, A. M., M. D. et W. G. W. Ylee, M. D.  
 Pathologie des tumeurs ovariennes, par Stephen Y. Howell, A. M., M. D.  
 Histoire clinique et diagnostic des tumeurs pelviennes, autres que celles de l'utérus et des trompes, par Matthew D. Mann, A. M., M. D.  
 Déplacements de l'utérus, par George T. Harrison, M. D.  
*Le système de gynécologie* du Dr Mann a sa place dans la bibliothèque de tout praticien qui veut être à la hauteur de ses devoirs professionnels.

Les éditeurs n'ont rien négligé en fait d'illustrations pour rendre l'intelligence du texte claire et facile ; plus de 500 gravures ornent les pages de ces deux volumes. L'exécution typographique est irréprochable, le type en est clair, vif et interligné ; ce qui en rend la lecture aussi agréable que peu fatigante.

HANDBOOK OF THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF DISEASES OF THE THROAT, NOSE AND NASOPHARYNX, by CARL SEILER, M. D. Third edition. Philadelphia : Lea Brothers & Co. 1889.

Voici un ouvrage qui a certainement du mérite. Depuis 1879, il a vu sa troisième édition. Les trois premiers chapitres nous parlent de l'histoire du laryngoscope, de l'art de la laryngoscopie, de l'anatomie du larynx. L'auteur décrit encore les rhinoscopies antérieure et postérieure, ainsi que l'anatomie des fosses nasales.

Le chapitre sur la physiologie du larynx et du nez est très bien fait. Le larynx remplit un triple rôle. Il régularise la respiration, empêche l'entrée des corps étrangers dans son intérieur ainsi que dans la trachée, pendant la déglutition, et enfin sert à la production de la voix. Les lois d'acoustique nécessaires à la compréhension de la production de la voix sont exposées en peu de mots et d'une manière tout à fait claire. Ce chapitre doit être lu, car il renferme des choses que nous rencontrons rarement dans les ouvrages même très étendus sur la physiologie de la voix.

Presque toutes les maladies des premières voies respiratoires proviennent d'un refroidissement. La muqueuse des voies respiratoires, sous l'action des poussières, des vapeurs irritantes que nous respirons, devient sensible et se congestionne très facilement lorsque nous nous refroidissons. La description des divers états pathologiques du larynx ainsi que leur traitement sont donnés d'une manière précise. Une partie très intéressante est celle qui a trait à la laryngite des chanteurs, des orateurs, en un mot au *clergyman's sore throat*. Seiler nous donne des conseils tout à fait précieux pour le traitement de cette maladie qui, grâce au manque de soins, à l'insoumission de la part du patient, nous donne tant de déboires.

L'auteur ne consacre que quelques pages aux maladies du pharynx. La pharyngite granuleuse, la pharyngite sèche, ne sont pas considérées comme des maladies, mais comme des symptômes de maladies chroniques du nez, du pharynx nasal, ou d'une irritation gastrique. La dernière partie de l'ouvrage traite des maladies des fosses nasales et de celles du pharynx nasal. L'auteur est en faveur de l'emploi de la douche nasale dans les cas où il n'y a pas d'obstruction dans les fosses nasales capable d'empêcher le liquide de passer. Seiler est d'opinion que la rhinite atrophique est guérissable. Deux tables sur les symptômes des maladies du larynx et sur celles du naso-pharynx terminent cet ouvrage si intéressant.

Un grand nombre de figures et deux planches en couleur complètent le tout.

Dr A. J. B. ROLLAND.

---

CENTENAIRE ! Les découvertes de M. CHEVREUL sur les corps gras et les couleurs n'ont pas suffi à rendre son nom si populaire : c'est son grand âge surtout qui fait sa gloire. On a en cet homme cent ans et plus devant soi : il est semblable aux autres, mais il a su ne pas mourir comme eux.

Tout le monde peut devenir centenaire comme M. CHEVREUL, en suivant les principes de l'hygiène et en se conformant aux sages conseils que le Dr BONAMI formule dans son **Dictionnaire de la Santé**.

Nos lecteurs nous sauront gré de leur annoncer que les dernières livraisons à *cinquante centimes* vont paraître, et que le prix de l'ouvrage complet ne sera maintenu à *quinze francs* que jusqu'à la fin de Décembre 1888. Avis aux retardataires. Envoi franco, contre mandat postal, à l'adresse J.-B. BAILLIÈRE ET FILS, 19, rue Hautefeuille, Paris, et chez CADIEUX & DEROME, libraires, Montréal.

REVUE SCIENTIFIQUE (*Revue rose*) sommaire du numéro 21 (24 novembre 1888).

Congrès des naturalistes allemands, session de Cologne, 1888 : Cerveau et sociabilité, par M. TH. MEYNER. — Les deux Universités de Prague, par M. P. LOYE. — Turquet de Mayerne et la découverte de l'hydrogène, par M. E. MEYERSON. — Les Esquimaux, d'après M. Petitot, par LÉO QUESNEL — La charité juive, par M. SALOMON REINACH. — Causerie bibliographique. — Académie des sciences de Paris. — Informations, Correspondance et Chronique. — Inventions, Bibliographie et Bulletin météorologique.

---

OUVRAGES REÇUS AU BUREAU DE LA " GAZETTE  
MÉDICALE. "

---

GORDON-HOLMES.— Histoire de la laryngologie, de son origine jusqu'à nos jours (traduit par le Dr Calmettes). Bruxelles, A. Mancaux, libraire-éditeur.

LÉONCE LACOEARRET.— Considérations cliniques sur le traitement du catarrhe chronique des fosses nasales. Paris, Octave Doin, éditeur, 1888.

A. VERNEUIL.— Mémoires de chirurgie, tome cinquième. Commotion, contusion, tétanos, syphilis, traumatisme. Paris, G. Masson, éditeur. Librairie de l'Académie de Médecine, 120, Boulevard Saint Germain et rue de l'Eperon, en face de l'Ecole de Médecine, 1888. 1 vol. in-8, 897 pages.

VULLIET-LUTAUD.— Leçons de gynécologie opératoire, avec 180 figures intercalées dans le texte. Paris, librairie J. B. Baillièrre et fils, 19, rue Hautefeuille, 1889. 1 vol. grand in-8, 448 pages.

---

KUHN.— L'enseignement et l'organisation de l'art dentaire aux Etats-Unis. Rapport adressé à M. le Ministre de l'instruction publique. 1 vol. in-8, 300 pages. Paris, Octave Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon, 1888.

BIZZOZÉRO-FIRKET.— Manuel de microscopie clinique, 3<sup>me</sup> édition, *entièrement revue et remaniée*, 246 gravures en noir et en couleurs. Prix 18 francs. FASCICULE II. Bruxelles, A Manceaux, libraire-éditeur, rue des Trois-Têtes, 12, Montagne de la Cour, 1888.

G. APOSTOLI.— Electrical treatment of uterin's fibroids (on same novelties of my) with answers to objections (Paris).— Paper read at the Congress of the British Medical Association GLASGOW 1888, August. Translation by Dr Woodham Webb, M. R. C. P. L.

DUROCHER-BOURGOUIN.— Rapport de la commission des asiles d'aliénés de la Province de Québec. 1888.

J. I. DESROCHES.— Traité élémentaire d'hygiène privée. 1 vol. in-8 de 186 pages. Montréal, typographie de W. F. Daniel, rue Ste-Thérèse, 1889.

SÉVERIN LACHAPELLE.— Manuel d'hygiène à l'usage des écoles et familles, rédigé conformément aux instructions du Conseil d'Hygiène de la Province de Québec. Avec figures dans le texte. 1 vol. in-8, 176 pages. Montréal, Cadieux et Derome, libraires, 1888.

---

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE MENSUEL.

### Dictionnaires.

LITTRÉ E.— Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie, de l'art vétérinaire, etc., avec figures. 1 fort vol. in-8; dernière édition. \$5.00

ROBIN CH.— Nouveau dictionnaire abrégé de médecine, de chirurgie, de pharmacie et des sciences physiques, chimiques et naturelles; 1 fort volume in-8. \$4.00

### Anatomie.

AUFFRET C.— Manuel de dissection des régions et des nerfs, avec 60 figures dans le texte (1881); 1 vol. in-12 cartonné. \$1.75

BEAUNIS ET BOUCHARD.— Nouveaux éléments d'anatomie descriptive et d'embryologie. 4e édition (1885); 1 vol. grand in-8 cart. \$5.00

FORT J. A.— Anatomie descriptive et dissection. 4e édition, avec 1316 figures dans le texte (1887); 3 vol. in-12. \$7.50

JAMAIN S.— Nouveau traité élémentaire d'anatomie descriptive, avec 223 figures dans le texte; 1 vol. in-12. \$3.00

### Hygiène.

BECQUEREL A.— Traité élémentaire d'hygiène privée et publique; 1 fort vol. in-12, rel. toile. \$2.75

DONNÉ A.— Hygiène des gens du monde; 1 vol. in-12. 90c

LACHAPELLE S.— Manuel d'hygiène à l'usage des écoles et des familles, rédigé conformément aux instructions du Conseil d'hygiène de la province de Québec, avec figures dans le texte (1886); 1 vol, in-12 cart. 25c

LEVY MICHEL.— Traité d'hygiène publique et privée; 2 vol. in-8 avec figures. \$5.00

RASPAIL.— Manuel annuaire de la santé; 1 vol. in-12. 40c

### Clinique médicale.

JACCOUD S.— Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital de la charité; 1 vol. in-8 avec figures et planches. \$3.75

### Obstétrique.

CAZEAUX.— Traité théorique et pratique de l'art des accouchements; 1 vol. in-8. 10e édition. \$4.00

CORRE A.— Manuel d'accouchement et de pathologie puerpérale (1885); 1 vol. in-12, rel. toile, avec 80 figures. \$1.50

MM. CADIEUX & DEROME, libraires à Montréal, se sont procurés tous les ouvrages qui paraissent dans notre *Bulletin Bibliographique mensuel*.