

PAGES

MANQUANTES

TRAVAUX ORIGINAUX

Abcès sous-périostique de l'apophyse mastoïde.

par le Dr N. A. DUSSAULT, Québec

De toutes les affections de l'oreille il n'en est pas qui demandent une plus sérieuse attention du clinicien auriste, que celles qui affectent la région mastoïdienne, et pour arriver à formuler un diagnostic sérieux et positif, il se trouve souvent embarrassé par des détails qui l'éloignent du cours naturel des symptômes propres à chaque maladie de l'apophyse mastoïdienne. Pour rendre la chose plus intéressante, j'ai pensé vous donner un résumé des principaux symptômes qui en caractérisent les différents types. Tout d'abord il faut établir la distinction qui existe entre les complications des parties molles et dures de la région mastoïdienne. Ainsi nous avons les abcès extra mastoïdiens, sous-cutanés et sous-périostiques. En deuxième lieu : les abcès intra-mastoïdiens.

Les abcès sous-cutanés sont généralement la conséquence d'une otite diffuse ou furonculose. Plus communs chez les enfants en raison de la conformation particulière de la portion cartilagineuse de leur conduit. La chose se produit plus rarement chez l'adulte, mais elle s'observe néanmoins.

Ces abcès se présentent comme une tumeur fluctuante, douloureuse à la pression. Il faut ouvrir avec le bistouri en faisant bien attention à l'artère auriculaire postérieure située derrière la ligne d'insertion du pavillon.

Quant aux abcès sous-périostiques, ils sont primitifs ou secondaires. Primitifs, ils sont le résultat du froid ou d'un traumatisme. Secondaires, ils reconnaissent pour cause, l'inflammation de la caisse, du conduit auditif externe et des cellules mastoïdiennes. Ils sont surtout la conséquence de l'otite périostique. Car le périoste qui revêt la caisse et le conduit, est en continuité directe avec celui de l'apophyse mastoïde.

L'œdème considérable donne une sensation de fluctuation qui peut faire croire à une collection purulente sous-cutanée et si vous pratiquez.

une incision dans les téguments, vous êtes tout surpris de ne donner issue qu'à du sang, sans aucune trace de pus.

Il faut aller jusqu'à la paroi osseuse et on les trouve en même temps que l'abcès intra mastoïdien. La peau est tendue, douloureuse à la pression et le pavillon rejeté en avant. Dans ces abcès, si vous n'ouvrez pas à temps, le pus peut fuser à la surface de l'os ou se faire jour dans le conduit auditif. Comme moyen de diagnostique, il faut se souvenir que dans les abcès sous-cutanés ou sous-périostiques le conduit auditif externe, est toujours primitivement intéressé, tandis que dans les abcès intra mastoïdiens, la caisse seule est atteinte. Seulement ceci n'est pas absolu.

Les abcès intra-mastoïdiens sont rarement primitifs. Cependant on en rapporte quelques observations. Ils sont consécutifs à une otite moyenne purulente aiguë ou chronique, rarement à une otite externe. On fait intervenir comme causes : un obstacle mécanique au libre écoulement du pus, et aussi la gravité de certaines affections de la caisse, etc. Politzer disait que dans toutes ses recherches sur l'otite moyenne purulente il n'avait pas trouvé un seul cas où les cellules mastoïdiennes fussent indemnes. Quant aux symptômes, voici les plus importants : douleurs profondes, lancinantes très vives, élévation de la température ; la peau de la région rougit, se gonfle et on aperçoit des signes de fluctuation indiquant que l'os s'est aminci et perforé, ou bien surviennent le vertige, les vomissements, l'agitation, le délire et les convulsions, autant de symptômes de lésions cérébrales. Enfin la pyohémie, ou phlébite du sinus latéral.

— Il faut admettre que l'inflammation des cellules mastoïdiennes offre des symptômes communs avec l'inflammation du périoste de la lane externe de l'apophyse mastoïde. On nous dit bien que dans l'ostéo-périostite la douleur est superficielle et exaspérée par la moindre pression ; que le gonflement du sillon auriculo-mastoïdien est marqué et le pavillon de l'oreille déjeté en avant, tandis que dans l'inflammation des cellules mastoïdiennes le sillon persiste et la douleur est profonde, etc. Mais il ne faut jurer de rien, ça ne se passe pas toujours ainsi.

L'observation suivante est une preuve évidente que les symptômes propres à chaque type de lésions mastoïdiennes, ne sont pas aussi tranchés qu'on pourrait le croire.

Le 4 janvier 1901, M. E. G. âgé de 45 ans et domicilié à Beauport, vient me consulter, se plaignant de bourdonnements à l'oreille gauche, compliqués de surdité très prononcée. La montre est entendue à 2 pouces du pavillon. La cause est mise sur un fort rhume de cerveau, datant de plusieurs

jours. En effet, à l'examen des fosses nasales, je constate une hypertrophie assez prononcée des cornets du nez avec sécrétion très abondante. Les symptômes fournis par l'examen du tympan, sont les suivants : disparition du triangle lumineux, formation d'un pli postérieur, avec saillie de la courte apophyse du manche du marteau. De là, je conclus au diagnostic suivant : Catarrhe tubaire de la caisse. Je propose à mon malade, le cathétérisme de la trompe d'Eustache, qu'il accepte séance tenante. Une déviation de la cloison, rend cette opération un peu difficile, qui néanmoins réussit après un badigeonnage à la cocaïne à 10 pour cent. Preuve qu'il y avait épanchement de la caisse, il se produit un bruit de gargouillement, qui disparaît presque complètement à la fin du cathétérisme. Le malade entend mieux et surtout il est débarrassé des bourdonnements qui sont des plus désagréables.

J'en fais un pansement à la glycérine phéniquée. Il vient le surlendemain. Il y a amélioration des symptômes, surdité et bourdonnements. L'exsudat s'est reproduit quoique en moindre quantité.

Le même traitement est appliqué avec amélioration tous les deux jours, jusqu'à la fin de janvier. Pendant cette période mon malade vaque à ses occupations journalières. Le premier février il vient au bureau accusant une douleur assez intense dans la région mastoïdienne, je lui pratique un nouveau cathétérisme avec soulagement sensible. Le lendemain, l'examen du tympan me fournit une voussure assez prononcée, indication de suppuration dans la caisse ou au moins un épanchement séreux assez considérable. La paracentèse pratiquée avec toutes les précautions antiseptiques, donne issue à une petite quantité de muco pus. Le malade se sent soulagé. Une solution de glycérine phéniquée est appliquée dans le conduit auditif. Tous les jours suivants même traitement avec amélioration des symptômes, douleur, bourdonnements et surdité.

Le 7, douleur intense à la région mastoïdienne avec gonflement assez prononcé. L'écoulement est presque nul, la perforation du tympan s'étant presque complètement refermée. Le cathétérisme ne donne aucun soulagement. La région mastoïdienne n'est douloureuse qu'à la pression. Je lui pratique une nouvelle paracentèse et le soir même il entre à l'hôpital. On prescrit des applications de glycérine phéniquée et de la glace sur l'apophyse mastoïde. La température est normale. Il y a un peu de fluctuation et le pavillon est dejeté en avant. La douleur à la pression n'est pas localisée et toute la région apophysaire est œdématisée même en avant du pavillon de l'oreille. Il y a en plus un symptôme qui coïncide

presque toujours avec l'abcès des cellules mastoïdiennes : c'est la chute de la partie postéro supérieure du conduit qui diminue en grande partie la lumière du conduit.

Le 8, mêmes symptômes avec la même intensité. La température est normale. Deux fois le cathétérisme est pratiqué pour amener un nettoyage de la caisse. Le soir la température est de 99°. La glace est tenue en place toute la nuit. Le lendemain matin la température est normale.

Le soir du 9 la température remonte à 99°. La région mastoïdienne est dans le même état.

Le 10, température 100°. Les symptômes ; douleur et gonflement étant plus accentués, je proposai alors à mon malade de faire une incision (Wilde) dans le but de me convaincre si réellement la suppuration avait son siège dans les cellules mastoïdiennes ou seulement dans la région périostique. A ce moment mon malade me fit l'observation suivante : lorsque je m'appuie sur la région apophysaire afin de me rendre compte si la douleur et le gonflement sont les mêmes, il me semble que du liquide s'échappe dans le fond de l'oreille. Alors armé du spéculum je pratique moi-même le toucher, et je constate, en effet, que sous l'influence d'une pression régulière, une quantité de pus se fait jour à la partie postéro-inférieure du conduit auditif externe, sans toutefois intéresser la perforation de la membrane du tympan. Après cette manipulation bien appliquée le gonflement disparaît, ainsi que la douleur. L'oreille reprend sa position à peu près normale et mon malade passe une nuit excellente. Le lendemain matin température normale. La glace est continuée ainsi que la glycérine phéniquée.

A partir de ce moment mon malade prend un mieux sensible, et le 27, il laisse l'hôpital parfaitement guéri, avec une acuité auditive absolument normale. En résumé, voici un malade qui a été pris d'une affection catarrhale de la caisse qui s'est terminée par un abcès sous-périostique, sans communication avec les cellules mastoïdiennes et qui s'est fait jour par le haut dans le conduit auditif. Heureuse terminaison, car si la suppuration avait fusé en dedans, le mal aurait pu entraîner la mort, par l'œdème de la glotte, ou le pus fusant dans la cavité thoracique amener aussi la mort par épuisement. On peut voir que les choses ne se passent pas toujours de la même manière et que le diagnostic est souvent difficile. Quant à l'intervention chirurgicale, il faut y aller avec prudence et ne jamais opérer, ni trop tôt, ni trop tard.

REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX

Traitement préventif des coliques hépatiques.

Les indications thérapeutiques à remplir doivent viser 1) contenant et le contenu de l'appareil biliaire, c'est-à-dire la diminution de l'excitabilité réflexe de la vésicule, la modification de l'état anatomique de celle-ci, l'arrêt ou l'empêchement d'évolution de la cholécystite calculuse d'une part ; d'autre part, l'augmentation, l'activité de la chasse biliaire en rendant la bile plus abondante et plus fluide, le maintien ou la restitution de l'état aseptique de la bile ; enfin l'action sur les calculs déjà formés pour en enrayer l'accroissement ou en diminuer le volume.

La lithiase biliaire étant une maladie essentiellement chronique, on comprend qu'elle doit comporter un traitement prolongé, avec certaines intermittences.

Les médicaments que M. Chauffard considère comme les plus propres à remplir les indications précitées sont le salicylate de soude, le benzoate de soude, et l'huile de Haarlem.

Le salicylate de soude est un cholagogue sécrétoire très actif qui rend la bile plus abondante et plus fluide et qui a, au surplus, une action antiseptique réelle et un pouvoir analgésique reconnu. Tout cela rend bien compte de son adaptation curative toute spéciale à la calculose biliaire. Mais il ne doit être employé qu'à doses modérées — 1 à 2 grammes par jour — et encore faut-il s'assurer de l'intégrité du filtre rénal.

Le benzoate a été préconisé par Lépine et Dufour, comme un cholagogue moins congestionnant pour le foie ; il est simplement un peu moins actif que le salicylate. Toutefois il serait de bonne mesure de l'associer à ce dernier, à la fois pour rendre nécessaire une dose moins forte de celui-ci et pour cumuler l'action synergique ou homologue des deux agents. On pourra donc suivant la gravité des cas, prescrire 1 à 2 grammes de salicylate et autant de benzoate par jour, en deux à quatre cachets qui seront pris aux repas. Il peut être utile d'y adjoindre 1 ou 2 grammes de sels de Carlsbad. Ce traitement doit être continué huit à dix jours par mois, et cela pen-

dant des mois successifs. C'est au prix de cette persévérance que la cessation des crises sera obtenue.

Tous les huit à dix jours, le patient prendra, en outre, une ou deux perles d'huile de Haarlém, dans la soirée. C'est une drogue balsamique, résineuse, dont l'huile de génévrier semble être une partie constituante des plus actives.

Quant au traitement diététique il comportera d'abord le régime lacté, puis le régime lacto-végétarien, pour en revenir peu à peu au régime habituel. Les bains chauds et les frictions générales sèches seront d'utiles adjuvants. (Dr N. D. *Le Médecin.*)

La prétendue fièvre ganglionnaire.

par MARCEL LABBÉ (*Presse Médicale de Paris*)

La fièvre ganglionnaire, inventée par Pfeiffer en 1889, est une affection caractérisée par une fièvre plus ou moins intense, accompagnée ou suivie d'une tuméfaction ganglionnaire qui n'aboutit généralement pas à la suppuration. Habituellement, la fièvre débute brusquement avec du coryza, de la stomatite, un léger érythème pharyngé ou une amygdalite. Après deux ou trois jours apparaissent les tuméfactions ganglionnaires. Généralement, la fièvre tombe au bout de quelques jours, tandis que l'engorgement ganglionnaire ne diminue qu'avec lenteur.

Ce que l'on sait de l'étiologie se résume en peu de mots : c'est une affection de l'enfance, surtout de la première enfance, causée parfois par des refroidissements, la grippe, des maladies aiguës, la gastro-entérite. La contagion est très rare et jamais la maladie n'a pu être considérée comme épidémique.

La bactériologie ne lui reconnaît pas un germe unique, mais des germes infectieux multiples.

Ni par des symptômes ni par des causes, la fièvre ganglionnaire ne se révèle spécifique ; c'est une adénite cervicale, consécutive à une infection naso-bucco-pharyngée, comparable aux autres adénites aiguës.

L'auteur démontre que les soi-disant caractères distinctifs de la fièvre ganglionnaire ne sont qu'apparents.

1° L'intensité de la réaction ganglionnaire opposée à la légèreté de l'infection primitive est un fait assez commun, non seulement au cou, mais à l'aîne et à l'aisselle.

2° La prédisposition des jeunes enfants tient à la pleine activité du tissu adénoïde du premier âge.

C'est donc le terrain spécial qui fait la spécificité apparente de la fièvre ganglionnaire.

En conclusion, l'auteur croit que les faits cliniques très intéressants qu'on a le tort de désigner sous le nom de fièvre ganglionnaire, correspondent à des *variétés d'adénite hypertrophique aiguë infectieuse non spécifique*.

La cause première de ces infections étant reconnue, l'antisepsie classique de la cavité naso-bucco-pharyngée fera généralement les premiers frais de la thérapeutique.

MARCEL HEGER.

De la compression subie par la tête fœtale dans les applications de forceps.

—
Par L. DEMELIN.

Accoucheur des hôpitaux.

On sait que dans une application de forceps, la tête fœtale peut subir trois sortes de compression :

1° Celle qui est due à l'instrument lui-même et qui s'exerce sur les diamètres saisis entre les cuillers.

2° Celle qui est due au bassin seul et qui s'exerce en général sur les diamètres de la tête perpendiculaire à ceux qui sont saisis par les cuillers.

3° Enfin la compression peut-être produite par le bassin et le forceps ensemble, c'est-à-dire que les cuillers prennent-contact par leur surface externe avec certaines régions du bassin qui agira alors, suivant la comparaison de Pajot, comme la virole du porte-crayon employé par les dessinateurs, le porte-crayon représentant les cuillers du forceps, et le crayon lui-même, la tête fœtale. Cette compression est quelquefois énorme ; elle est portée à son maximum quand les cuillers sont placées aux extrémités du diamètre minimum du bassin et en particulier chez le rachitique, dans les prises dites antéro-postérieures au détroit supérieur.

Sans aller jusqu'à ses limites extrêmes calculées par Farabeuf, cette compression *pelvi instrumentale* est plus fréquente qu'on ne croit, même dans un bassin normal. Il est évident qu'elle sera réalisée d'autant plus aisément que le *système céphalo-instrumental* (c'est à dire la masse formée par la tête comprise entre les cuillers du forceps) sera plus volumineux par rapport au calibre du bassin. Il est également évident que, dans les mêmes conditions, les tractions nécessaires pour entraîner la tête devront être plus énergiques.

Or, l'étude d'un grand nombre de faits montre que tout forceps croisé, si bien manié soit il, glisse avant d'assurer sa prise, et que, dans les prises les plus correctes, les mors des cuillers viennent s'appuyer sur des points situés en général aux extrémités du *diamètre bimalaire*.

Le diamètre bimalaire mesure sur un fœtus à terme, entre 65 et 75 millimètres.

Or, avec un forceps croisé (un Tarnier, par exemple), si les mors sont écartés de 65 à 75 millimètres, l'écartement maximum (externe) des faces convexes des cuillers varie de 110 à 122 millimètres.

En acceptant le chiffre moyen de 120 millimètres pour les divers diamètres de l'excavation, on voit qu'avec une prise bimalaire la tête passera à frottement dans bien des cas.

Mais ce n'est pas tout. Nous venons de supposer l'idéale circonstance où l'axe des cuillers coïncide avec l'axe du détroit supérieur. Très souvent, en pratique, si l'instrument est placé dans un diamètre oblique du bassin ou à plus forte raison dans le diamètre antéro-postérieur, la sangle périnéale repousse en avant les manches du forceps et la coïncidence n'existe plus entre l'axe des cuillers et l'axe du détroit supérieur. Dans ces conditions, des contacts s'établissent plus étroits entre les parois pelviennes et les cuillers du forceps, et la pince se ferme davantage pendant les tractions. La compression de la tête augmente donc nécessairement.

Heureusement, ces pressions sont souvent inoffensives parce que leurs effets restent localisés aux régions des joues; et on voit ces excoriations, ces arrachements de l'épiderme, sans importance pronostique autre que d'attirer la sollicitude des familles inquiètes et enclines à critiquer l'opérateur. Notons cependant que l'augmentation de volume du système céphalo instrumental causée par le glissement, entraîne nécessairement une dépense plus grande de force tractante, et qu'on a toujours intérêt, au contraire, à tirer le moins possible. Si le glissement est plus étendu, si les mors au lieu de rester aux régions malaires, se sont déplacés au delà, vers

les fosses temporales, alors c'est la fracture du crâne imminente ou l'hémorragie méningée.

Comme conséquences, nous dirons :

1^o Il faut éviter autant que possible les compressions pelvi instrumentales ; pour cela, prescrire les applications de forceps antéro postérieures dans l'excavation comme au détroit supérieur. Mieux vaut une prise oblique par rapport à la tête fœtale, pourvu qu'on fasse exécuter les mouvements de rotation comme il convient. La prise bi pariétale est excellente, sans doute, mais les prises obliques ne sont pas mauvaises à la condition, nous l'avons dit, que le mécanisme habituel de l'accouchement soit effectué, à la condition aussi qu'on ne tire pas trop fort

2^o Il est bon de s'attacher à ce que les cuillers soient placées ou aux extrémités du diamètre transverse ou aux extrémités d'un diamètre oblique (anatomique) du bassin. Les prises dites obliques par rapport au bassin, dans lesquelles les cuillers (au lieu d'être l'une derrière l'éminence iléopectinée d'un côté, et l'autre devant la symphyse sacro iliaque opposée) sont dans un diamètre pelvien, oblique sans doute, mais plus voisin de l'antéro postérieure que du transverse, sont des applications antéro-postérieures déguisées.

3^o Il convient donc d'utiliser la courbure pelvienne de Levret plus complètement qu'on a tendance à le faire à cause de l'habitude de saisir avant tout le diamètre bi pariétal.

3^o Il y a intérêt à chercher un forceps qui ne glisse pas, et dont les cuillers restent pendant les tractions exactement là où on les a introduites. Je crois que la pince à branches non croisées convergentes que j'ai présentée possède cet avantage.

5^o Il est avantageux de faire coïncider l'axe pelvien avec l'axe des cuillers ; mais c'est souvent difficile, et nous savons que presque toujours les manches sont reportés trop en avant par le périnée. Aussi, peut-il devenir indiqué de retracter fortement en arrière la sangle périnéale avec une valve de Sims, surtout dans les applications élevées.

6^o Avant de placer les cuillers, il faut s'assurer par le toucher, des contacts qui existent entre la tête et le bassin. Si la tête est mal fléchie, asynclitique, etc, on devra corriger la mauvaise attitude soit avec la main, soit avec une branche du forceps employée comme un levier à lacs suivant la manière d'Herbiniaux Hubert ; puis on appliquera le forceps comme à l'ordinaire.

7° Je crois que l'on doit demander au forceps tout ce qu'il peut donner ; c'est à-dire, l'employer tantôt en tirant uniquement sur le tracteur, tantôt en se servant de lacs attachés au centre de figure, d'autres fois, en manœuvrant les manches, pour diriger la tête comme il convient.

Chacun de ces procédés a ses indications ; j'aurai l'occasion d'y revenir.

En attendant, je les étudie avec mon forceps à branches non croisées convergentes, auquel dans un dernier modèle, j'ai restitué la courbure périnéale des manches pour pouvoir agir comme avec un levier à lacs, auquel j'ai ajouté un dispositif qui permet de tirer tantôt sur un tracteur du genre Tarnier, et tantôt sur des lacs souples attachés au centre de figure. (*Soc. obst. de France.*)

Journal des Praticiens

Du traitement des fractures de jambe.

par M. le DR DUJARIER

Les fractures de jambe sont parmi les plus fréquemment observées dans les services hospitaliers. Leur traitement a, quicque plus tardivement, bénéficié des conquêtes de la chirurgie moderne, et nous allons chercher à préciser la conduite à tenir vis-à-vis des fractures de jambe suivant les particularités cliniques qu'elles peuvent présenter. Nous ne nous occuperons que des fractures de tiers moyen : les fractures du tiers supérieur et celles du tiers inférieur présentent des caractères trop particuliers et trop différents pour que nous les envisagions ici.

Dans les fractures de jambe une première classification s'impose. Il faut distinguer les fractures ouvertes des fractures fermées. Celles-ci sont des fractures avec intégrité des téguments ; les premières, au contraire, présentent une solution de continuité de la peau et par conséquent une communication du foyer de fracture avec l'extérieur. On appelle, quelquefois encore les fractures ouvertes fractures compliquées ; c'est là un abus de langage excusable autrefois, où l'ouverture d'une fracture était une complication redoutable, et où l'importance de cette complication effaçait toutes les autres ; actuellement il faut remettre à sa juste place l'ouverture d'une fracture ; c'est une des complications des fractures et voilà tout.

1° *Fractures fermées.*—Le traitement d'une fracture de jambe fermée comporte 3 indications théoriques, communes d'ailleurs aux fractures en général. Il faut : 1° réduire la fracture ; 2° la maintenir réduite jusqu'à consolidation ; 3° traiter le membre consécutivement à la consolidation.

La réduction doit être pratiquée dans tous les cas et le plus rapidement possible. Il n'est pas en effet de contre-indication à la réduction immédiate. Le gonflement excessif, la contracture, ont été considérés comme contre-indications à la réduction, et l'on a conseillé dans ces cas de placer le membre dans une gouttière et d'attendre quelques jours. En réalité ces conditions ne sont que des difficultés à la réduction, mais ne la contre-indiquent nullement.

Plusieurs raisons militent en effet pour la réduction constants et précoce. C'est que d'abord plus la réduction est précoce et plus elle est aisée : on peut même poser en principes que toutes les fois qu'on tente la réduction dans les quelques heures qui suivent l'accident, on l'obtient sans la moindre difficulté. Contractures, gonflement, phlyctènes ne se produisent qu'au bout d'un certain temps ou tout au moins sont d'autant plus développés que la fracture est moins récente. De plus, la réduction calme beaucoup la douleur c'est un phénomène général et dans les fractures comme dans les luxations, la réduction est suivie d'un soulagement immédiat ; d'ailleurs c'est non seulement la douleur qui est calmée, mais c'est encore la contracture due, souvent, à l'irritation d'une pointe osseuse pénétrant une masse musculaire ; réduire immédiatement, c'est encore éviter qu'un fragment ne vienne, en appuyant sur un organe important (nerf, vaisseau), causer une de ces complications souvent si graves et qu'une réduction rapide pourrait sinon toujours, du moins souvent, éviter.

C'est donc à un principe et un principe formel ; il faut s'efforcer de hâter le transport des blessés et il faut que la réduction soit pratiquée immédiatement.

On doit considérer comme une faute grave, non seulement en raison des souffrances du malade, mais aussi pour l'avenir d'une fracture, cette coutume qui, nous l'espérons, a disparu de nos hôpitaux, et qui consiste à placer le membre tel quel dans une gouttière en attendant le lendemain matin la visite du chef de service.

Et maintenant comment réduire. Nous n'insisterons pas sur les temps classiques de la réduction—extension, contre-extension, coaptation—exécutés par le chirurgien seul ou avec un ou plusieurs aides.

Nous l'avons déjà dit et nous le répétons : dans l'immense majorité des cas d'intervention précoce, la réduction est facile. Quand elle ne l'est pas, soit à cause des douleurs qu'éprouve le malade, soit à cause d'obstacles matériels à la réduction, il ne faut pas hésiter à donner du chloroforme.

C'est un devoir pour le chirurgien d'épargner la douleur au patient et souvent la douleur de la réduction est atroce ; de plus, avec l'anesthésie on fait mieux ce qu'on veut ; on peut à loisir vérifier, corriger la réduction. Au lieu que sous prétexte d'éviter au malade une exploration douloureuse, on risque de laisser une réduction incomplète. Il est bien préférable d'avoir recours délibérément au chloroforme que d'employer le procédé souvent illusoire qui consiste à mettre les muscles dans le relâchement (par la flexion de la jambe par exemple pour faciliter la réduction ; malgré toutes ces attitudes on n'arrivera pas à faire cesser une contracture réflexe due à la douleur

Il s'agit maintenant de maintenir la réduction. *Il n'existe qu'un moyen et un moyen applicable à tous les cas, c'est l'application immédiate d'un appareil plâtré.* Ce principe est loin d'être admis sans conteste, et l'on voit encore, surtout dans le matériel de chirurgie de guerre, un nombre considérable de gouttières : gouttières en tôle, en zinc, en fil de fer. Il faut absolument réserver ces appareils au cas où il est impossible de se procurer du plâtre. La guerre de 1870, ainsi que j'ai pu m'en assurer par moi-même, a bien montré la supériorité de l'appareil plâtré, même en temps de guerre.

Tandis que dans les ambulances françaises les fracturés étaient placés et transportés dans des gouttières (ce qui était douloureux pour le malade et peu efficace pour le maintien de la fracture), les ambulances bavaroises qui appliquaient toujours un appareil plâtré (c'était, en l'espèce, un appareil circulaire à bandes plâtrées) obtenaient d'excellents résultats. Et il est triste de relater que souvent on dut aller demander à l'ennemi le plâtre qui manquait ou était défectueux dans nos propres ambulances.

Le vieil appareil de Scultet serait préférable aux gouttières et on a cherché à le réhabiliter dans les fractures à gonflement considérable.

En réalité rien ne vaut l'appareil plâtré, soit la gouttière comprenant le pied, la jambe et la plus grande partie de la cuisse ; soit l'appareil de Maisonneuve, avec l'attelle postérieure et l'attelle latérale en étrier.

Il n'y a pas de contre-indication à l'application de cet appareil.

Le gonflement ? Mais l'appareil sera renouvelé si le membre n'est pas suffisamment maintenu ; d'ailleurs, bien souvent on peut, en resserrant les

circulaires de diachylon qui fixent le plâtre, produire une coaptation suffisante.

Les phlyctènes ? Mais il faut les piquer sans enlever l'épiderme, les couvrir d'une poudre minérale aseptique (sous-nitrate de bismuth, talc,) et appliquer immédiatement l'appareil plâtré.

Cependant, la fracture peut être *irréductible* ou *incoercible*.

L'irréductibilité peut être due à plusieurs causes : à la position des fragments, à la présence d'esquilles ; mais surtout à l'interposition musculaire ou aponévrotique ; c'est là une cause d'irréductibilité beaucoup plus fréquente qu'on ne le dit ; et cette interposition est grave, en ce qu'elle retarde la consolidation, quand elle ne mène pas au cal vicieux ou à la pseudarthrose.

La radiographie, qui doit toujours être faite après réduction, renseigne d'ailleurs d'une façon mathématique sur le résultat obtenu.

Dans d'autres cas la réduction est facile, mais le déplacement se reproduit aussitôt qu'on lâche les fragments ; cette incoercibilité due à des fragments multiples mais surtout à l'obliquité du trait de fracture, est une condition tout à fait désavantageuse

C'est dans ces cas de fracture oblique incoercible qu'on a cherché par des appareils souvent renouvelés, par des pointes appuyant sur un fragment, à obtenir un résultat satisfaisant.

C'est encore Hennequin qui, avec son appareil à extension continue, est arrivé aux meilleurs résultats.

Mais ce traitement par l'extension continue est long, délicat, parfois infidèle.

Nous devons actuellement faire plus et mieux. Toutes les fois qu'une fracture est primitivement irréductible ou difficilement coercible, il ne faut plus hésiter, il faut intervenir et intervenir d'urgence ; il faut lever l'obstacle à la réduction ; enlever le sang épanché et suturer ou visser les fragments. On a prétendu que, dans les cas de réduction imparfaite, la radiographie était en désaccord avec la fonction ; qu'il y avait des cas où un cal difforme permettait un excellent usage du membre. C'est là une erreur contre laquelle il est nécessaire de s'élever, cette assertion étant antiphysiologique, et les déformations et les douleurs dans les articulations voisines de ces fractures viennent énergiquement s'inscrire en faux contre cette prétention.

2° *Fractures ouvertes*—Quand, dans une fracture de jambe, les téguments ont une solution de continuité, il est urgent de s'assurer si la plaie communique avec la fracture.

Cette communication est souvent évidente, c'est quand la plaie siège au niveau du foyer de fracture ; parfois on aperçoit l'extrémité des fragments dans la profondeur ; mais bien souvent c'est l'extrémité du fragment supérieur qui, plus ou moins pointue, est venue perforer les téguments probablement au dessous du foyer de la fracture, puis est rentré à l'intérieur. Dans ces cas on trouve une plaie, souvent petite, et qui ne paraît pas en rapport avec la fracture ; il est pourtant un signe qui permet d'affirmer le diagnostic de fracture ouverte, c'est l'issue d'une certaine quantité de sang par la plaie ; ce sang est souvent plus ou moins noirâtre ; il sort parfois en plus grande abondance quand on presse sur le foyer de fracture.

D'ailleurs, en cas de doute, il faut ne pas hésiter et considérer la fracture comme une fracture ouverte ; il y a en effet grand danger à traiter la plaie comme superficielle, à nettoyer la peau et à faire un pansement occlusif. C'est qu'il n'y a aucun rapport mathématique entre l'étendue de la plaie extérieure et le degré d'inoculation du foyer. Aussi dans l'incertitude doit-on toujours craindre une septicité redoutable du fragment réintégré.

Dans ces cas il faut ouvrir, et ouvrir largement ; il n'y a à cela que des avantages ; on étanche l'épanchement sanguin qui est à la fois un excellent milieu de culture et un obstacle à la réunion ; on explore le foyer de fracture, on enlève les esquilles, les corps étrangers ; on nettoie et on résèque les extrémités souillées, enfin on peut obtenir une réduction parfaite.

Mais ici une distinction s'impose : 1^o la réduction est facile à maintenir ; 2^o le déplacement se reproduit facilement.

Dans le premier cas, on peut se contenter de réduire, de drainer et d'appliquer un appareil plâtré. La suture est inutile ; elle peut même, dans certains cas, être nuisible ; c'est qu'on opère en milieu infecté, on n'est jamais sûr de l'asepsie de son foyer, même après une désinfection méthodique et minutieuse ; c'est pour cela qu'on draine ; et c'est pour cela que des fils métalliques risqueraient de jouer le rôle de corps étrangers et d'entretenir une suppuration interminable.

Si la fracture ne se maintient pas réduite, la suture, au contraire, est nécessaire ; si plus tard, après consolidation, la plaie restait fistuleuse, rien ne serait plus facile que d'extirper les fils métalliques.

Voici donc, en résumé, la conduite à tenir dans un cas de fracture ouverte. Nettoyer, raser, savonner sur une large étendue le membre fracturé ; inciser largement le long de la face interne du tibia en agrandissant la plaie ; réséquer les bords cutanés plus ou moins machés, étancher le

sang et les caillots, faire sortir les extrémités fracturées, les nettoyer avec soin en les frottant avec une compresse ou en réséquant les parties qu'on suppose souillées ; lever les obstacles à la réduction s'il en existe ; cette réduction obtenue, suturer ou non les fragments suivant que la fracture est coercible ou ne l'est pas ; dans toutes ces manœuvres on peut et on doit suivre les règles de l'asepsie pure ; les antiseptiques, souvent inutiles, peuvent devenir nuisibles en tuant des tissus déjà altérés.

Dans les fractures à grand fracas, la conduite peut être différente ; il faut encore ici conserver à tout prix. Sans doute, lorsque les parties molles sont presque entièrement détruites, que vaisseaux et nerfs sont coupés, personne ne songera à garder un membre que la peau seule rattache encore au reste du corps. Mais malgré les plus grands délabrements, si l'on peut garder l'espoir, même le plus hasardeux, il faut conserver ; dans les cas où le malade arrive en état de *shock*, il faut absolument proscrire une intervention immédiate ; ce serait la mort dans les quelques heures qui suivent l'opération. Il faut embaumer le membre le plus proprement possible et réchauffer le malade. Puis, plus tard, le lendemain même, si la gangrène ne menace pas le membre, on peut procéder à un nettoyage complet à la surface et dans la profondeur ; on ré-équerra au besoin les extrémités osseuses si leur degré de souillure rend illusoire tout essai de nettoyage ; dans ces cas on tentera la suture osseuse et on drainera largement. Mais il faut savoir qu'une complication tardive, l'ostéomyélite chronique, guette le blessé. Cette complication, possible dans tous les cas de fracture ouverte, nécessite des interventions secondaires, ablation des séquestres, résections, etc. Et vous pouvez voir dans nos salles un exemple de cette ostéomyélite chronique succédant à une ancienne fracture ouverte.

Traitement consécutif à la consolidation—Le cal une fois solide, il ne faut pas croire le traitement terminé ; le membre est encore dans un état d'infériorité manifeste ; et ce n'est qu'après des semaines et même des mois de traitement patient qu'il aura récupéré sa valeur première.

C'est à ce moment que prend place le massage, qui doit porter sur les muscles atrophiés, sur les articulations enraidies. L'électricité est un précieux adjuvant du massage. De même l'hydrothérapie : bains et douches sulfureuses ou salines. Enfin on fera faire au malade des exercices méthodiques ; il se livrera à l'exercice de la marche d'une façon modérée et reprendra progressivement l'usage de son membre pour en retirer les mêmes services qu'avant son accident.

Je veux encore, en terminant, vous rappeler les principes fondamentaux du traitement des fractures de jambe :

Réduire toujours et le plus rapidement possible ;

Si la réduction est obtenue, appliquer immédiatement un appareil plâtré ;

Si la fracture est irréductible ou incoercible, ouvrir le foyer de fracture et suturer s'il est besoin ;

En cas de fracture compliquée, intervenir toujours et d'urgence pour nettoyer le mieux possible les extrémités fracturées.

Gaz. Hebd. de Méd. et de Chir.

Cathétérisme et lavage urétral.

Par M. Hartmann.

Nous allons continuer et terminer ce qui a trait au cathétérisme et aux petites explorations uréthrales, et nous parlerons tout d'abord du cathétérisme modificateur, c'est à-dire de ce qui a pour but de modifier les parois de l'urèthre rétréci. Il s'agit là d'un chapitre très important des rétrécissements de l'urèthre.

L'indication capitale, c'est de ne pas chercher à agir mécaniquement. A priori, cela semble une erreur, en effet, la première idée qui se présente, c'est de dilater mécaniquement la partie rétrécie. Mais cette façon de procéder est, en réalité, absolument défectueuse, et, si vous voulez agir avec force, vous aurez des résultats défavorables, vous obtiendrez bien une dilatation considérable, mais l'état antérieur ne tardera pas à revenir et vous pourrez même avoir des accidents. En réalité, les pressions fortes prolongées ou temporaires provoquent de la rétention, des ulcérations, des rétrécissements cicatriciels, des abcès, de l'infiltration d'urine.

M. Guyon a insisté sur ce point, c'est qu'il faut agir *par contact*. Comment se fait-il que le passage seul d'un instrument qui s'insinue même au commencement, à l'extrémité du rétrécissement, sans même le franchir, le modifie de telle façon qu'à la séance suivante, la bougie passe facilement ! Comment cela se fait-il, je n'en sais rien, mais le fait est connu depuis longtemps : Dupuytren appelait cette manœuvre "*dilatation vitale du rétrécissement*", bien différente de la dilatation mécanique. Aujourd'hui, le procédé

qui consiste à appuyer l'instrument contre l'entrée du rétrécissement s'appelle "*cathétérisme appuyé*". Donc, de cette façon, le rétrécissement primitivement infranchissable devient facilement franchissable ; c'est là un fait parfaitement établi, et, dans la pratique, n'employez jamais la force. Toutes les méthodes qui consistent à user de force sont à abandonner. Il ne faut jamais déployer de force, c'est une loi générale de chirurgie urinaire.

Vous emploieriez donc une force extrêmement modérée, vous cherchiez à entrer dans le rétrécissement, et pour cela vous vous servirez d'une bougie munie d'un petit renflement olivaire à son extrémité. Une bougie qui se terminerait en pointe, une sonde franchement conique serait défectueuse, contrairement à ce qu'on pourrait croire, à priori ; en effet, un tel instrument butte beaucoup plus facilement contre un repli de muqueuse et l'expérience a montré qu'il n'avait pas de valeur.

Dans les cas où le rétrécissement est extrêmement serré, et où on est obligé de se servir de bougies extrêmement petites, on peut avoir au début quelques difficultés, non pas parce que le rétrécissement est extrême, il n'est jamais aussi extrême que cela, puisque le malade urine encore quelques gouttes, mais c'est parce que le rétrécissement est excentrique ; l'instrument étant droit, ne rencontre pas l'orifice. Aussi, dans les cas où vous ne pourriez pas passer, emploieriez-vous des artifices : vous emploieriez un faisceau de bougies que vous introduisez jusqu'à l'obstacle, vous poussez alors successivement chacune des bougies et il s'en trouvera une qui, située en face de l'orifice rétréci, passera. C'est là le "*cathétérisme en faisceau*."

Un autre procédé consiste à employer une tige droite, régulière, mais dont l'extrémité affecte, par suite d'une préparation spéciale, la forme d'une bayonnette. Vous comprenez qu'une pareille bougie, introduite dans un rétrécissement excentrique, présentera l'extrémité de la bayonnette au niveau de l'orifice rétréci, vous tournerez pour cela la tige de cette bougie sur elle-même et il arrivera un moment où vous pourrez pénétrer.

Quand vous aurez franchi le rétrécissement, vous passerez une bougie un peu plus grosse. Vous savez que les bougies dont on se sert à Paris sont graduées par tiers de millimètre. Vous passerez donc le numéro au-dessus qui a un tiers de millimètre de diamètre de plus, ne faites qu'entrer et sortir. Continuerez-vous par les numéros plus forts ? Vous seriez tentés de le faire, eh bien non ! Allez-vous recommencer le lendemain ? La pratique apprend qu'il vaut mieux laisser un jour de repos. Vous passerez alors en

premier lieu le dernier numéro passé dans la séance précédente le et numéro suivant.

Dans un certain nombre de cas, vous aurez passé les numéros 8, 9 et vous ne pourrez plus passer de bougies plus fortes. Alors, employez le béniqué métallique : sous l'influence du massage déterminé par le béniqué, celui-ci passe facilement. Vous emploierez de préférence la bougie armée, c'est-à-dire une bougie munie d'une armature en pas de vis sur laquelle vous vissez le béniqué, la bougie sert de guide au béniqué.

Pour les béniqués, la graduation est par sixièmes de millimètre. Donc, au lieu de deux bougies par séance, vous passerez trois béniqués. Vous ne ferez qu'entrer et sortir.

Il y a cependant des cas où la dilatation permanente présente des avantages, c'est au début du traitement des forts rétrécissements. Alors la bougie laissée 24 ou 48 heures en place permet le passage des bougies plus fortes, mais employez cependant ces bougies dont le calibre est inférieur à celui du rétrécissement : vous savez maintenant pourquoi.

J'arrive aux injections uréthrales. Il y a là une difficulté qui consiste à atteindre le cul-de-sac du bulbe. C'est l'endroit le plus souvent et le plus profondément altéré. On a craint ou bien que l'injection n'aille pas jusqu'à ce cul-de-sac, ou bien qu'elle aille plus loin et projette des microbes dans la vessie. On a fait des injections à canal ouvert. Dans ces conditions, le liquide refoulé au dehors n'a pas de tendance à franchir la région membraneuse, mais pénètre-t-il jusqu'au bulbe ? On a fait des injections à canal fermé et on a calculé la quantité de liquide qu'il fallait pour remplir l'urèthre antérieur, on a mesuré sa contenance. D'après M. Jamain, il contiendrait 5 à 7 gr. de liquide ; d'après M. Guiard, 12 à 17 gr. Voilà des chiffres qui ne sont guère concordants. M. Guyon, mettant tout le monde d'accord, a dit justement, que l'urèthre n'a pas de contenance anatomique, mais une contenance physiologique, ce qui veut dire que la contenance varie suivant les individus et suivant les moments, suivant l'état de contraction des muscles voisins, et que, par suite, on ne peut pas se baser sur la contenance.

Un fait qui est au contraire démontré, c'est que lorsqu'on élève au-dessus de 1 mètre 50 le réservoir contenant le liquide à injecter, la région membraneuse se laisse franchir. Donc, en laissant le réservoir un peu, au-dessous, vous irez jusqu'au cul-de-sac du bulbe.

Les lavages de l'urèthre peuvent être faits de deux manières différentes. Avec une seringue on lave d'abord la région du méat et la fosse naviculaire, puis alors on pousse la seringue dans le méat en agissant à canal

ouvert ou à canal fermé. Dans ce dernier cas, vous pourrez arriver jusqu'au cul-de sac bulbaire, sans le franchir, en prenant la précaution suivante : vous appuyez entre le pouce et l'index de la main gauche le méat contre la seringue, vous poussez le liquide en arrêtant lorsque le médius de la main gauche sent l'urèthre se tendre.

Un autre procédé, bien meilleur, consiste à faire le lavage avec la seringue munie d'une sonde béquille, à petite béquille, d'un calibre relativement petit, en l'introduisant jusqu'à la région bulbaire et en laissant le liquide ressortir entre l'instrument et les parois de l'urèthre.

Pour laver l'urèthre prostatique, il faut au préalable laver la région antérieure. Comment saurez-vous que la sonde est arrivée à l'urèthre prostatique ? Poussez le liquide : s'il ressort entre l'instrument et l'urèthre, c'est que vous n'êtes pas assez loin ; s'il ressort par le pavillon de la sonde c'est que vous êtes trop loin ; s'il ne ressort pas, vous êtes dans la région prostatique, le liquide reflue dans la vessie. En avant de la région membraneuse, le liquide ressort par le méat, en arrière, il pénètre dans la vessie.

En retirant la sonde, il faut injecter du liquide pour laver la paroi de l'urèthre d'arrière en avant.

Le meilleur lavage est le lavage sans sonde communément employé dans tous les services urinaires. Pour faire ce lavage, il faut d'abord faire uriner le malade, laver l'urèthre antérieur ; pour cela, on emploie en général un demi litre de liquide, le réservoir est élevé à 1 m. 50 du réservoir du tuyau de caoutchouc auquel est adaptée une canule de verre à gros bec conique. La solution est à 38°. On engage le malade à ne pas se contracter, à respirer largement et à pousser légèrement. On repousse le gland sur l'extrémité de la canule pour obturer le méat, et on laisse filtrer le liquide. La main droite tient le tube de caoutchouc et règle l'écoulement. On s'arrête dès que le malade a une légère envie d'uriner, on le laisse uriner, et on presse alternativement sur l'urèthre de façon à créer des remous et à faire que le liquide pénètre dans toutes les petites cryptes muqueuses.

L'Indépendance Médicale.

Action de l'eau, du sel, du bouillon, du bicarbonate de soude sur l'estomac.

M. Frémont, dont les travaux sur la physiologie des sécrétions gastriques sont bien connus, a entrepris une nouvelle série de recherches sur l'action de certaines substances sur l'estomac du chien, isolé de l'œsophage, mais ayant tous ses vaisseaux et tous ses nerfs pneumogastrique et sympathique.

Il a d'abord étudié l'action de l'eau distillée sur la sécrétion de l'estomac, parce que les divers médicaments sont dissous dans l'eau et qu'il est impossible de faire la part de leur action si on n'a pas pris soin d'établir celle de l'eau.

L'eau excite la sécrétion de l'estomac : cette excitation porte sur tous les éléments : acide chlorhydrique et chlorures. Toutefois, l'augmentation porte un peu plus sur les chlorures et sur l'acide chlorhydrique faiblement combiné.

L'excitation est moins forte lorsque l'eau est à 50° de plus, la sécrétion a une certaine tendance à devenir plus muqueuse, plus épaisse avec de l'eau froide qu'avec de l'eau chaude.

Le chlorure de sodium, dissous dans l'eau, fait augmenter la sécrétion de l'estomac ; mais il ne l'augmente pas plus que de l'eau simple en ce qui concerne l'acide chlorhydrique fortement ou faiblement combiné.

Souvent la sécrétion de chlorures a été diminuée, parfois même il y a eu absorption si forte de chlorure injecté que le liquide, retiré une heure après son injection, renfermait moins de sel qu'au moment de son introduction.

L'eau salée excite peu l'estomac et on ne peut espérer réveiller sa sécrétion en prescrivant au malade de manger très salé.

Le bouillon de bœuf dégraissé a une action excitante marquée sur l'estomac ; cette excitation s'accompagne de la formation d'une grande quantité d'éléments chloro organiques. Ceux-ci nourrissent le sujet pendant que la diminution de l'acide chlorhydrique libre, se combinant avec les substances albuminoïdes, soulage l'estomac.

Sous l'influence du bicarbonate de soude à doses faibles (0.50 à 1 gr), la sécrétion de l'estomac perd sa fluidité : Elle devient muqueuse, visqueuse. Cette modification visqueuse de la sécrétion gastrique est d'autant plus marquée que la dose de bicarbonate de soude est plus forte, moins déliée et que l'estomac est moins actif.

50 centig. de bicarbonate de soude dissous dans 100 gr. d'eau calment l'estomac beaucoup mieux qu'une dose de 1 gr. qui l'excite davantage. Il

y a donc intérêt à procéder par des doses petites et fractionnées, lorsqu'on peut calmer l'estomac ou le protéger contre l'activité digestive du suc gastrique-

Le bicarbonate de soude est utile parcequ'il neutralise les acides de l'estomac, annihile le pouvoir digestif du suc gastrique, forme une sécrétion muqueuse qui protège les parois de l'estomac, dégage de l'acide carbonique qui calme la sensibilité.

Il ne faut pas dépasser la dose utile sous peine de déterminer de l'indigestion intestinale.

(Soc. de thérapeutique, 27 mars, 1901.)

F X. J. D.

La période de germination de la tuberculose pulmonaire et son diagnostic

Professeur GRANCHER

Je vais étudier, avec quelques détails, la période de germination de la tuberculose pulmonaire, dont je me suis appliqué, dans une précédente leçon, à vous montrer l'importance au point de vue du diagnostic précoce, de la thérapeutique et du traitement préventif qui s'y rattachent si intime ment.

La période de germination, ou de formation, est véritablement la première période de la phtisie. Il faut placer ensuite la période de conglomération répondant à l'ancienne première période classique, et caractérisée seulement par la submatité et quelques craquements secs ou humides, accompagnés d'un peu de fièvre. Enfin viennent les troisième et quatrième périodes de ramollissement et de caverne, qui sont bien connues.

Je vous ai dit que la période de germination se traduit uniquement par des modifications de l'inspiration

Pour vous faire bien comprendre les raisons à la fois anatomo-pathologiques et cliniques qui m'ont conduit à lui assigner une valeur tout au moins égale à celle des autres périodes, il est nécessaire de vous rappeler tout d'abord l'anatomie du lobule pulmonaire, car c'est dans cette partie la plus élastique et la plus aérée du poumon que se produit l'inspiration, tandis que le second temps de l'acte respiratoire, l'expiration, appartient au domaine des petites, moyennes et grosses bronches.

La constitution du lobule pulmonaire a été établie par les travaux de Rindfleisch, Charcot et Grancher. Rindfleisch comparait le lobule à une

feuille, dont la nervure centrale était représentée par la bronche intra-lobulaire. Charcot a montré que cette disposition n'existait que pour les très petits lobules, mais qu'en général la bronche centrale n'atteignait pas, l'extrémité du lobule, c'est-à-dire la surface pulmonaire. Il a décrit les rapports de ces deux organes, distingué la bronche sus-lobulaire et intra-lobulaire, et il a créé la notion de l'espace intralobulaire : on appelle ainsi le plan de section comprenant la bouche et l'artère qui lui est accolée et unie par du tissu conjonctif plus ou moins riche en vaisseaux lymphatiques. Charcot a montré que c'est dans ce point que se font la plupart des processus inflammatoires, particulièrement ceux qui caractérisent la pneumonie et la broncho-pneumonie.

Grancher a complété cette étude en montrant que dans l'intérieur du lobule, la bronche se divise dichotomiquement, de telle sorte que si on fait des coupes successives du lobule, on trouve des espaces intralobulaires de plus en plus nombreux, c'est-à-dire au lieu d'un centre unique, des centres multiples et disséminés.

Le lobule pulmonaire, qui a la forme d'une petite masse conique, est composé de la façon suivante : la bronche intralobulaire, puis ses divisions dichotomiques, aboutissant finalement à l'acinus ; celui-ci comprend : la bronchiole acineuse, un espace un peu élargi, l'infundibulum, puis le canal alvéolaire et enfin les alvéoles ou vésicules pulmonaires, où s'accomplit l'hématose.

Eh bien, où siègent les lésions du début de la tuberculose ? En un point qui a été indiqué un peu vaguement par Rindfleisch et par Charcot, puis vérifié et nettement déterminé par Grancher. Si l'on excepte les cas où les tubercules proviennent d'une infection générale sanguine ou lymphatique,—car alors ils se développent surtout dans les espaces lymphatiques péri-lobulaires, dans la plèvre et à la surface du poumon,—on constate que l'envahissement du poumon dans la tuberculose chronique commune (nous écartons ici toutes les formes anormales), commence toujours au niveau de l'infundibulum : c'est là que se forme la petite granulation jaune, de 2 m.m. de diamètre, légèrement ramollie au centre, que Laënnec avait désignée sous le nom de tubercule miliaire. Celui-ci, qui correspond en somme à une forme adulte, est composé lui-même d'un certain nombre d'éléments plus petits, discernables seulement à la loupe du microscope ; ce sont les follicules tuberculeux. Chacun d'eux est constitué d'une façon identique : au centre, quelques bacilles, puis la cellule géante, provenant de l'hypertrophie et de la soudure des cellules fixes avoi-

sinantes, sous l'influence de l'irritation causée par la présence des bacilles, et dont les noyaux, plus ou moins nombreux, sont visibles à la périphérie ; en dehors, on trouve des cellules plus ou moins volumineuses appartenant à l'alvéole, à la bronche ou au tissu sous-pleural, formant la zone dite épithélioïde. Enfin, une zone, constituée celle-ci, non plus de cellules fixes, mais de cellules sorties des vaisseaux sanguins : ce sont les lymphocytes, produits de la leucocytose, qui ont pour but d'opposer au tubercule une barrière provisoire préparant le travail du tissu conjonctif ; c'est là l'origine du processus de guérison décrit par tous les auteurs, et sur lequel Grancher a beaucoup insisté sous le nom de sclérose ou dégénérescence fibreuse.

Le follicule tuberculeux est donc composé de quelques bacilles ayant provoqué des phénomènes d'irritation autour d'eux et vis-à-vis des quels les lymphocytes représentent une sorte de barrière protectrice. 5, 6 à 8 follicules s'unissent pour former un tubercule miliaire.

Eh bien, il est facile de concevoir *à priori* que des lésions aussi minimes, par rapport aux lobules qui mesurent 1 cent. à un cent. 1/2 de profondeur restent discrètes, isolées et en petit nombre pendant des mois et des années, ne peuvent pas modifier la sonorité pulmonaire. Mais étant situé juste au point où commence le murmure vésiculaire, on comprend que le tubercule miliaire puisse gêner la pénétration de l'air dans l'acinus et modifier le bruit qu'il produit. C'est pourquoi, à une époque où il n'existe aucun bruit adventice ni craquements, ni râles, on peut trouver cependant des modifications de l'inspiration.

C'est là une constatation assez délicate sans doute, mais qu'avec quelques précautions on arrive aisément à mener à bien, ainsi que je vais l'indiquer dans un instant, et il suffira alors d'associer les signes qualitatifs ou quantitatifs qu'on aura découverts de ce côté aux symptômes généraux ou rationnels pour arriver au diagnostic ferme de la tuberculose pulmonaire.

L'étude que nous venons de faire nous montre, en outre, un fait du plus haut intérêt : c'est qu'un temps très long s'écoule entre la phase de germination et celle de conglomération, puisque celle-ci se traduit par des signes stéthoscopiques qui indiquent un développement considérable des lésions. Donc, en diagnostiquant le tubercule miliaire, ce sont des mois et même des années gagnées pour la thérapeutique. Celle-ci n'est vraiment efficace qu'alors que les tubercules sont discrets et l'état général du malade assez bon ; à cette période, malheureusement négligée des malades et méconnue des médecins, on peut, par des moyens très simples et faciles

à appliquer, obtenir des résultats parfois surprenants. Il en est tout autrement quand la phase de conglomération est atteinte.

Or, des divers moyens dont nous disposons pour déceler la tuberculose, les uns sont dangereux, comme l'usage de la tuberculine, les autres, comme la recherche du bacille, ne sont utilisables qu'à une époque déjà avancée, il y a donc un intérêt de premier ordre à diagnostiquer la première période par d'autres moyens.

Eh bien, dans la forme chronique la plus commune de tuberculose, la période de germination est lente, et cette lenteur n'est pas due seulement à l'évolution même du processus anatomo-pathologique, à la formation et à l'accroissement du tubercule, mais aussi à la faible diffusion de l'infection tuberculense, c'est-à-dire que les toxines sécrétées par les bacilles ne s'étendent pas à une grande distance, elles restent cantonnées et limitées de façon à ne pas produire des effets trop violents. Cependant, elles pénètrent dans la circulation sanguine, et cela est si vrai qu'elles vont atteindre le système nerveux où elles provoquent cet état de déchéance des forces dont les malades ont une conscience très nette : ce dont il est facile de se rendre compte, à la condition de savoir bien les interroger et les confesser, pour ainsi dire en toute sincérité. Il appartient aussi au médecin de rechercher et de déceler un léger degré de fièvre dont les malades ne se doutent guère à cette époque. Tous les signes de cette période,—et cela pendant des mois et des années,—se bornent, en effet, à quelques légers phénomènes généraux, un peu d'anémie, d'amaigrissement et de fièvre et, du côté du poumon, à des modifications du murmure respiratoire portant uniquement sur l'inspiration.

Ces derniers signes, que nous allons étudier dans un instant, sont assez délicats à bien apprécier, et c'est ce qui explique que la plupart des auteurs aient négligé plus ou moins la phase de germination ; cependant je dois une mention particulière à M. le Dr Béclin qui, dans un ouvrage récent, a donné à cette période l'importance qu'elle mérite, en ajoutant, il est vrai cette remarque : " Mais pour distinguer sûrement de minimes altérations du murmure vésiculaire, une simple diminution de sa douceur, de son moelleux physiologique, combien il faut que l'oreille du médecin soit fine et exercée, etc..... ". Bref, il semble pour cet auteur comme pour un grand nombre de praticiens des plus distingués, qu'il s'agisse là d'une sensation purement personnelle n'ayant qu'une valeur relative et impossible à généraliser. Je vais vous montrer qu'il n'en est rien et j'espère que vous pourrez tous, sous peu de jours, en faire autant que moi-même.

Mais pour pouvoir constater les signes de la période de germination, il est nécessaire, toutefois, de se placer dans des conditions permettant de réaliser une auscultation sérieuse et attentive. C'est très difficile, en général, à l'hôpital, où l'on est gêné par les bruits divers, les allées et venues du service, et où le malade est habituellement placé dans une situation des moins favorables à la perception d'un bruit délicat. Il en est souvent de même à la ville. Aussi est-il besoin de fixer d'une manière précise les conditions nécessaires pour une bonne auscultation, et d'indiquer les moyens par lesquels vous pourrez les réaliser dans les diverses circonstances où vous serez appelé à examiner les malades au point de vue du diagnostic de la première période de la tuberculose pulmonaire. Ces conditions sont relatives au malade, au médecin, à l'entourage, enfin aux circonstances extérieures. Nous allons examiner ces différents points.

Le malade.—D'abord, il est rare que le malade sache bien respirer ; il faut avant de l'ausculter le regarder et au besoin lui apprendre à diriger convenablement ses mouvements respiratoires : les uns respirant trop fort, les autres trop doucement ; il faut veiller à ce que l'expiration soit complète, vidant parfaitement les alvéoles, afin de rendre l'inspiration plus profonde et de faire pénétrer par conséquent le bruit de murmure vésiculaire avec toute sa plénitude dans l'oreille de l'observateur.

En second lieu, il faut placer le malade debout, en l'appuyant contre un meuble, ou, si cela est impossible, le faire soutenir par un aide, de façon à avoir l'oreille fortement appliquée sur le thorax, d'une façon à la fois vigoureuse, douce et progressive, et telle qu'aucun bruit étrange ne puisse s'interposer.

Quand il s'agit d'un enfant, on peut le faire asseoir sur une chaise ou sur les genoux d'un aide.

L'entourage.—Dans tous les cas, il sera utile d'engager les personnes présentes à faire le silence le plus absolu autour du malade. Quelquefois on peut être gêné par les bruits extérieurs, lorsqu'on se trouve, par exemple, dans une chambre située sur une rue très fréquentée ; il sera bon alors de déplacer le malade et de le transporter dans une pièce éloignée, vers les parties intérieures de l'habitation généralement moins accessibles aux bruits extérieurs.

Le médecin.—Maintenant parlons de l'auscultation en elle-même. Le premier soin du médecin sera d'abord de faire mentalement abstraction du deuxième temps de la respiration afin de concentrer toute son attention sur la perception du premier. Ensuite il lui sera loisible de rechercher, par

une seconde exploration les autres caractères du murmure vésiculaire et les bruits adventices qui peuvent lui être surajoutés. Il auscultera donc d'abord l'inspiration, et pour cela, il recueillera les sensations fournies par plusieurs inspirations successives, d'un côté de la poitrine, à la région claviculaire, puis recommence la même opération du côté opposé, et comparera alors les résultats obtenus dans le premier et le second cas.

Eh bien, quelles sont les modifications caractéristiques que l'inspiration peut offrir à la période de germination ?

1° L'inspiration peut être *rude*, c'est à dire manquer de ce moelleux particulier, caressant à l'oreille, qui appartient en propre à l'inspiration physiologique.

2° Elle peut être plus *faible* qu'à l'état normal.

3° Elle peut être *saccadée*.

Enfin, on peut observer souvent un *abaissement de la tonalité* habituelle. Mais je reconnais que cette sensation est de toutes la plus délicate à percevoir, et qu'en général, on peut se contenter des trois signes que je viens de vous indiquer,—rudesse, faiblesse, ou état saccadé de la respiration,—pour faire le diagnostic de la première période de la tuberculose pulmonaire. On peut donc négliger comme un élément relativement secondaire les modifications de la tonalité.

Mais il est certaines causes d'erreur dont il faut être prévenu. Par exemple, l'inspiration peut être affaiblie par le fait d'une insuffisance fonctionnelle, d'une atrophie musculaire de la région sous claviculaire d'un côté, diminuant l'ampliativité du poumon ; elle peut être l'unique symptôme d'une adénopathie trachéo bronchique et n'avoir aucune signification fâcheuse. On peut également trouver l'inspiration affaiblie à la suite d'anciennes pleurésies adhésives ayant retracté légèrement le poumon. Enfin le même signe peut s'observer dans une tuberculose ancienne et guérie depuis quinze à vingt ans, ayant entraîné une insuffisance respiratoire du sommet, avec sonorité normale. De même, la respiration saccadée peut être l'effet de contractions cardiaques un peu vives, résultant d'un état choréique, ou de l'émotivité du sujet, au moment de l'auscultation —Par conséquent, avant d'attribuer une valeur quelconque aux modifications que vous aurez perçues, il faudra éliminer toutes les causes qui sont susceptibles de les déterminer, et, de plus, vous entourer de toutes les garanties possibles en ce qui concerne les symptômes rationnels du développement de la tuberculose et l'état de la température.

L'intérêt de ce diagnostic est si considérable, que je vous demande la permission de vous citer quelques observations.

J'examinai une jeune fille dont le frère avait succombé quelques semaines auparavant à la tuberculose et qui présentait toutes les apparences de la santé, mais chez laquelle on relevait un peu de fatigue, de pâleur et de toux, et je constatai sous la clavicule droite un affaiblissement respiratoire très net ; la sonorité était intacte. Je crois devoir interpréter le résultat de mon examen dans le sens de la tuberculose et fis une prescription en conséquence. Malheureusement la malade, entraînée par les exigences mondaines, ne put la suivre convenablement et, quelques mois plus tard je la revoyais, toussant davantage, amaigrie et pâlie, avec un peu de fièvre. A la visite suivante, je trouvai des craquements secs et humides très nets dans la fosse sous épineuse.

Trois ans après mon premier examen, la malade était en pleine évolution tuberculeuse.

Autre exemple.— Je trouve la respiration très notablement affaiblie sous une des clavicules, chez une jeune personne d'aspect florissant ; les symptômes généraux étaient nuls. J'avais prescrit un traitement et défendu le mariage. Elle se marie néanmoins et devient enceinte ; la grossesse fut normale, mais quelque temps après l'accouchement, la santé commença à fléchir ; les signes physiques s'aggravèrent très rapidement, et deux ans et demi après le mariage, elle était mourante, avec une énorme caverne au sommet droit.

Voilà des cas typiques qui montrent qu'en fait d'auscultation il n'y a pas de petit signe. A côté de ceux-là, je pourrais vous en citer d'autres où la guérison a eu lieu, parce que les malades se sont soignés dès le début de la période de germination, qui constitue, à vrai dire, la phase de thérapeutique efficace de la tuberculose pulmonaire.

Journal de Méd. Interne.

ARTHRITISME

1° Alimentation réglée, à heures fixes ; laitage, œufs, viandes tendres bien cuites, à un seul repas ; légumes très cuits ou en purée ; fruits cuits ou bien mûrs. Pas de viande en excès, de viande avancée, ni de gibier, ni de crustacés ; pas d'épices, de vin, de café, de thé.

Comme boisson : le lait à tous les repas, et quand l'enfant s'en lassera, de la bière légère, amère, coupée d'eau.

2° S'il y a déjà eu des manifestations (rhumatismes, névralgies, migraines, asthme, etc.), donner, un mois sur deux, pendant quinze jours, avant les repas, dans un peu d'eau, une à quatre gouttes de liqueur de Fowler ; et pendant quinze jours, avant chaque repas, une cuillerée à café de la préparation :

R : Iodure de sodium..... 5 à 10 grammes
Sirop d'écorce d'orange amère..... 200 —

Et le mois suivant donner aux repas de l'eau de Vals.

3° Deux jours par semaine, suspendre le traitement et donner, le matin dans un quart de verre d'eau, une cuillerée à café de :

R : Soufre sublimé..... } à 20 grammes.
Crème de tartre..... }
Magnésie..... }
Essence d'anis 1 gramme.

4° Vêtements de laine, flanelle, endurcissement aux variations de température par des pratiques hydrothérapiques et des frictions, le matin, sur tout le corps, avec un gant de flanelle ou de crin.

5° Vie au grand air, dans un climat et un logement secs.

6° Exercice, vie active, gymnastique, équitation, escrime, jeux, etc., et pas trop de sédentarité.

7° Pas de surmenage intellectuel.

8° En été, station d'altitude moyenne.

Envoyer à *Aix-les-bains* l'arthritique s'il est gros et gras, disposé aux douleurs et raideurs articulaires.

A *Néris, Bigorre*, s'il est nerveux et équitable ; à *La Bourboule*, s'il est mou et lymphatique ; à *Plombières*, s'il est dyspeptique ; à *Vals*, s'il a des troubles du foie ; à *Contrexéville*, s'il a du sable rouge ; *Châtelnayon*, à *Brides*, s'il est constipé.

Dr E. PÉRIER

Ann. de Méd. et de Chir. Infant.

Traitement du delirium tremens.

(EVIILLERS.)

Après avoir indiqué le régime alimentaire qui consiste dans l'emploi du lait et du bouillon, l'auteur insiste sur le danger que présente chez les alcooliques l'emploi du chloral et des bromures à hautes doses.

C'est seulement quand l'agitation violente, continue et prolongée menace directement la vie du sujet, qu'il sera permis de chercher à provoquer le sommeil. Quoiqu'en disent Trousseau et Pidoux, le seul médicament vraiment utile dans ces cas, c'est l'extrait d'opium, prescrit à haute dose, sous forme de potion, de la manière suivante :

R. Extrait d'opium.....	10 centigrammes.
Sirop de bouillon.....	30 grammes.
Eau gommeuse.....	120 --

A prendre en un jour

Il va sans dire que la quantité de médicament actif devra être diminuée aussitôt que se manifesteront quelques signes de sommeil.

L'adynamie cardiaque est la complication la plus redoutable du *delirium tremens*. Tout délirant est un alcoolique dont les principaux organes : cœur, poumons, estomac, reins, sont tarés. Vienne une attaque sérieuse de delirium, et l'organe le plus affaibli supportera le premier les conséquences de l'intoxication. Dans les cas très graves, quand il y a tendance au collapsus, on administrera immédiatement au malade du *café fort* ; il ne faudra pas hésiter à agir directement sur le cœur au moyen des injections sous-cutanées de caféine, de spartéine, ou mieux de strophantine. Les cas de cette espèce sont rares ; quelque soit leur gravité, ils ne sont *jamais justiciables de l'alcool* ; je ne crois pas que le vin ou le cognac aient sauvé un seul malade atteint de delirium tremens. Ce poison, que l'on introduit dans l'organisme au moment où celui-ci cherche à s'en débarrasser, ne peut amener aucun résultat favorable, et nous possédons assez de toniques du cœur pour qu'il ne faille pas avoir recours au toxique qui est la cause de tout le mal.

Supposons, comme c'est la règle, que le sommeil critique soit obtenu au bout de quelques jours : le malade cesse de délirer, le sommeil se rétablit graduellement, mais tout n'est pas fini ; nous nous trouvons en pré-

sence d'un sujet très débilité, qu'il faut chercher à *tonifier par tous les moyens*. La muqueuse gastrique, atteinte de catarrhe, digère mal ; on se trouvera bien alors de prescrire la potion stimulante suivante, dont la saveur plaît au goût, et qui remplace pour l'estomac l'excitant habituel :

R. Poudre de gingembre.....	15 grammes
Calamus aromaticus	10 —
Cannelle.....	2 —

Faire infuser dans 200 grammes d'eau bouillante et ajouter :

Extrait aqueux de capsicum.....	50 cent.
Sirop d'écorces d'oranges amères.....	1 gr.

M. f. pot. à prendre par cuillerée à soupe, quatre à cinq fois par jour.

On fera reprendre au convalescent, progressivement son régime habituel, dont l'alcool devra être complètement exclu si l'on ne veut pas voir se produire une récidive à bref délai.

Journ. de Méd. de Paris.

De la laparatomie vaginale conservatrice comparée à la laparatomie abdominale.

M. Dührssen (de Berlin) a pratiqué 780 fois la laparatomie vaginale, c'est-à-dire la colpocœliotomie antérieure, pour les affections les plus variées. On fait une incision en T sur la paroi vaginale antérieure, on sépare sur une étendue suffisante la vessie d'avec la matrice et les ligaments larges et même d'avec le péritoine vésical, puis on pratique une ouverture de 5 à 6 centimètres dans le péritoine du cul de sac vésico-utérin ; cette ouverture étant établie, on fait basculer la matrice en avant et on l'attire à la vulve. On peut ainsi pratiquer la plupart des opérations gynécologiques pour lesquelles la laparotomie abdominale eut autrefois semblé nécessaire. La mortalité opératoire n'est que de 2 à 3 p. 100, c'est-à-dire inférieure à celle de la laparatomie abdominale. Ce procédé offre, en outre, l'avantage de ne pas laisser de cicatrice, et de ne pas exposer aux adhérences intestinales et à une hernie abdominale ; la convalescence est aussi plus courte car la plupart des malades peuvent quitter le service au bout de 9 à 12 jours. La seule conséquence fâcheuse de cette opération est qu'elle provoque parfois des troubles au moment d'un accouchement ultérieur. On peut éviter cet inconvénient en suturant isolément le péritoine. Le pro

cédé en question a encore l'avantage de pouvoir être associé à la vaginofixation quand il s'agit de rétrodéviation utérine.

M. Dührssen a fait cette opération dans 70 cas de kystes volumineux de l'ovaire, sans un seul décès, puis dans 28 grossesses extra-utérines avec un seul décès survenu après un traumatisme, alors que l'opérée était en pleine convalescence.

Parmi les interventions pratiquées par ce moyen, M. Dührssen cite encore l'obturation des trompes dans le but d'éviter la conception chez des femmes malades et, inversement, l'établissement d'un orifice tubaire, dans des cas d'oblitération des trompes, pour rendre possible la conception; puis, la cautérisation des ovaires pour dégénérescence microkystiques de ces organes. Contre cette dernière affection, l'ignipuncture a rendu des services appréciables, parce qu'elle fait disparaître à la fois les douleurs et les métrorragies. Les ovaires traités de la sorte reprennent leur fonction normale.

M. Dührssen a également extirpé, par la laparotomie vaginale, 57 fibromyomes dont certains atteignaient le volume d'une tête d'enfant, et a fait, dans un certain nombre de cas, l'excision cunéiforme du tissu utérin, moyen excellent pour guérir la métrite chronique.

D'une manière générale, il ne craint pas d'avancer que l'opération en question permet d'éviter, dans 50 à 70 p. 100 des cas, la laparotomie. Elle est préférable à la colpocœliotomie postérieure, préconisée par d'autres opérateurs, parce qu'elle fournit un champ opératoire bien meilleur.

Gaz. Hebdom. de Méd. et de Chir.

A propos de l'emploi de l'eau oxygénée.

Pour le décollement des pansements adhérents.

par M. le docteur CHANOT.

Chef de travaux à la Faculté de médecine de Lyon.

M. le professeur A. Poncet m'ayant fait l'honneur de me demander mon opinion sur le mécanisme du "décollement des pansements par l'eau

oxygénée", il m'a paru intéressant de résumer ici, pour ce qui concerne les chirurgiens, certains points de l'histoire de cette substance.

A — 1° L'eau oxygénée H_2O_2 est un liquide incolore, plus dense que l'eau ordinaire H_2O . Ce corps formé avec absorption de chaleur (réaction endothermique) est instable; il se détruit facilement, dégage de l'oxygène en devenant de l'eau ordinaire $H_2O^2 = O + H_2O$

La décomposition est favorisée par le contact de l'air; on doit conserver ce liquide dans des flacons fermés à l'abri des poussières, en évitant l'agitation.

2° La valeur d'une eau oxygénée est donnée par la quantité d'oxygène gazeux que peut fournir ce liquide en se décomposant totalement. On dit qu'une eau oxygénée est à 10 volumes, quand 1 centimètre cube de cette eau peut, par destruction totale, donner 10 centimètres cubes d'oxygène gazeux (mesuré dans les conditions normale-).

On obtient une eau à 5 volumes, en ajoutant à l'eau oxygénée à 10 volumes une égale quantité d'eau ordinaire.

3° Chimiquement pure, l'eau oxygénée est neutre au tournesol; mais pratiquement, l'eau oxygénée commerciale rougit ce réactif, car elle contient des quantités parfois notables d'acides: sulfurique, phosphorique, etc. Cette acidité n'est pas sans inconvénients; elle peut amener l'irritation des tissus—les médecins ne doivent pas l'ignorer. Pour les usages cliniques il faut neutraliser l'eau oxygénée.

La méthode la plus commune, la plus médicale dirai-je, est celle indiquée par M. le professeur Croûts dans la thèse de M. Michant. A l'eau oxygénée on ajoute goutte à goutte une solution saturée de biborate de soude (borax) jusqu'à ce que le papier de tournesol, préalablement rougi par H_2O_2 acide, reprenne sa couleur bleue primitive. On obtient ainsi l'eau oxygénée neutralisée; elle est peu irritante; de plus, comme on le verra plus loin, elle est plus active que l'eau oxygénée acide.

B.—Certains corps: minéraux, organiques, détruisent l'eau oxygénée en s'altérant eux-mêmes dans une véritable réaction chimique. D'autres comme le charbon pulvérisé, la décomposent sans se modifier, par action de présence (*catalytique*.)

I.—A la suite de Thénard, P. Bert et Regnard ont étudié l'action des différentes substances de l'organisme sur l'eau oxygénée. Ils ont vu que le lait, l'urine, la salive, les graisses sont sans action notable.

Au contraire le tissu conjonctif, les cartilages articulaires l'osseine, le muscle, le foie, le pancréas, le rein décomposent l'eau oxygénée.

Mais c'est le sang qui jouit au plus haut degré de ces propriétés destructives. Si'on mêle dans un tube à essai quelques gouttes de sang et d'eau oxygénée, on obtient une belle mousse abondante, persistante. Un travail récent prouve que 1 centimètre de sang humain en détruisant l'eau oxygénée libère environ 600 centimètres cubes d'oxygène.

Des diverses recherches, il semble découler que l'action destructive du sang appartient à la *fibrine* et aux *globules*.

Tous les tissus baignant pour ainsi dire dans le sang exercent, indépendamment de leur action propre relatée plus haut, une action destructive due au sang. Notons bien que l'action est surtout énergique quand le milieu (H^2O_2) est neutre ou alcalin.

L'action destructive de tissus *enflammés* est supérieure à celle des tissus normaux. L'expérience se fait avec le péritoine. Le péritoine exposé à l'air depuis quelques instants donne une mousse plus abondante que le péritoine normal.

Il faut se rappeler que les tissus de l'organisme s'altèrent en décomposant l'eau oxygénée; il y a longtemps que P. Bert et Regnard ont prouvé que certaines albumines devenaient *albumoses*. Un essai facile à faire montre que les tissus se ramollissent, se liquéfient même quand on les immerge quelque temps dans l'eau oxygénée.

II.—Une simple action physique suffit quelquefois à décomposer l'eau oxygénée.

En faisant barbotter un gaz inerte dans ce liquide on provoque un abondant dégagement d'oxygène. L'introduction de poudre de charbon, d'une baguette de verre dans l'eau oxygénée commence la décomposition. La destruction est provoquée par des bulles gazeuses souvent invisibles entraînées par ces corps et qui jouent le rôle d' "atmosphères" au sein desquelles se fait la libération d'oxygène.

Une longue ébullition préalable du tube de verre, en chassant les bulles adhérentes supprime par là même le pouvoir destructeur de ces substances.

Les tissus constituant les pansements: coton hydrophyle, gaze, toile, etc., n'ont, ainsi que je m'en suis assuré, qu'une action faible sur l'eau oxygénée. Si on les fait bouillir dans l'eau ordinaire, il n'agissent plus sensiblement pour amener de dégagement d'oxygène. Ils n'interviennent donc *pratiquement* que par les bulles de gaz qu'ils retiennent dans leurs mailles.

Mais quand ces pansements sont imprégnés de sang ou de liquides de plaies, immédiatement ils donnent avec H^2O_2 une mousse abondante.

C.—Ce qui précède fait deviner le mécanisme (déjà décrit par M. Porteret) du décollement par l'eau oxygénée des pansements adhérents.

Aux points d'adhérence se trouve de la sérosité plus ou moins desséchée, qui relie le tissu au pansement. En aspergeant d'eau oxygénée, ce liquide, par imbibition, pénètre jusqu'au niveau du mastic destructeur ; H^2O_2 se décompose, O apparaît, formant une couche gazeuse qui supprime les contacts déjà ramollis par le liquide.

Quand l'adhérence est profonde, dans un cul-de-sac possédant un orifice (c'est le cas du Mikuliez) une autre cause doit intervenir selon moi, quelque faible soit elle. Le gaz en se dégageant rapidement s'accumule, exerce une certaine pression contre les parois déformables de la cavité. Il en résulte une sorte de cisaillement entre la paroi et le pansement ; la séparation tend à se produire de ce fait.

D—On a justement insisté sur les propriétés antiseptiques, désodorisantes, excitantes, hémostatiques, etc., de l'eau oxygénée. M. Michaut en fait l'antiseptique de choix pour la purification des régions anfractueuses ; rectum, vagin, bouche.

M. Bec (d'Avignon) signale qu'en injectant de l'eau oxygénée dans le tissu ou le cœur d'un cadavre (adulte ou fœtus), on peut parfois ramener les battements du cœur *plusieurs heures* après la mort. Il est probable que s'inspirant de ce fait on tentera (si l'on ne l'a tenté déjà) l'emploi de l'eau oxygénée dans les états asphyxiques du fœtus ou de l'adulte.

M. le professeur A. Poncet conseillant à son tour l'eau oxygénée dans la pratique journalière, il n'est pas douteux que ce produit sera bientôt dans toutes les mains. A cause de cette vogue qui s'annonce générale il est bon de signaler un *danger* possible, que l'on saura éviter, si l'on est prévenu.

L'eau oxygénée s'absorbe assez facilement, passe dans la circulation et donne, au contact du sang, des bulles d'oxygène.

Les embolies gazeuses mortelles sont faciles à réaliser chez l'animal par injections sous-cutanées, intra-péritonéales etc., d'eau oxygénée.

On a signalé un cas de mort chez un homme dont on lavait la plèvre chaque jour (pleurésie purulente) avec l'énorme dose de 1 litre d'eau oxygénée.

Il faut savoir que le danger dépend de la quantité de gaz formé au contact du sang. Si cette quantité est faible, les bulles ne sont pas redoutables, car petit à petit elles disparaissent à mesure que l'oxyhémoglobine se réduit du fait de la vie des tissus (cela n'aurait pas lieu évidemment, si le gaz était de l'azote). De plus l'absorption n'est pas instantanée ; si la

surface où arrive l'eau oxygénée est enflammée, recouverte de sérosités la plus grande partie de cette eau oxygénée est détruite avant que l'absorption se produise, cela est si vrai que, dans le cas malheureux unique signalé plus haut, l'accident ne s'est produit qu'après de nombreux lavages, au moment où était à peu près guérie la pleurésie purulente.

En usant modérément d'une eau oxygénée à titre moyen, à *destructibilité très rapide* (eau alcalinisée) on peut à coup sûr éviter les accidents d'embolie gazeuse, dans tous les cas possibles.

En particulier dans l'application préconisée par M. le professeur Poncet, pour le décollement des pansements adhérents, on n'a rien à craindre si l'on verse par petites fractions en quantité juste suffisante, l'eau oxygénée alcalinisée par le borate de soude et ne titrant pas plus de 8 à 10 volumes.

Gazette des Hôpitaux.



EXTRAITS

Glaucome aigu. (1)

Par S. BEAUDRY, Professeur à l'Université de Lille.

Le glaucome, dont la lésion essentielle paraît être un désordre vasomoteur et un défaut de perméabilité des voies d'excrétion de l'espace lymphatique périchoroïdien, est une affection fréquente et l'une de celles qu'il importe au praticien de ne pas ignorer, puisqu'un traitement rationnel institué à temps, c'est à-dire dès le début du mal, réussit à l'enrayer, tandis qu'une erreur de diagnostic est encore trop souvent, de nos jours, la cause de la perte de l'organe visuel.

Le mot *glaucome* désigne un certain nombre d'états pathologiques différents, caractérisés par un symptôme commun : l'augmentation de la tension intra-oculaire, laquelle se traduit objectivement par la dureté du globe de l'œil.

Lorsque cet excès de tension n'est précédé d'aucune maladie antérieure de l'organe, le *glaucome* est *primitif*, et il attaque successivement les deux yeux. Le *glaucome secondaire*, monoculaire, évolue pendant le cours, ou à la suite d'une affection aiguë ou chronique (irido-cyclite avec occlusion pupillaire, leucome adhérent, luxation du cristallin, tumeur intra oculaire, etc.). Suivant que l'exagération de la pression se produit brusquement ou d'une façon lente et graduelle, les symptômes réactionnels sont très marqués, ou bien ils sont très modérés, et, d'autres fois même, sont pour ainsi dire défaut. De là deux formes cliniques bien distinctes : le glaucome aigu dit *inflammatoire*, et le *glaucome simple*, dit non *inflammatoire*. Dans quelques cas, enfin, des hémorragies en plaques de la rétine précèdent l'attaque de glaucome aigu et la vision est presque toujours, définitive-

(1) Extrait du 3e volume (**Spécialités**) des *Manuels de thérapeutique clinique* publiés sous la direction de M. le professeur Lemoine. (Maladies des yeux ; — du nez, du pharynx, du larynx, et des oreilles ; — de la bouche et des dents ; — de la peau) par M. BEAUDRY, MALHERBE, BÉAL, BARBE et BAUDOIN. Vol. in-8° écu, avec figures. VIGOR frères, éditeurs, Paris, 23, place de l'École de Médecine. Prix 8 francs.

ment abolie (*glaucome hémorragique*). Nous ne nous occuperons ici que du glaucome primitif, aigu, dont le diagnostic ne nécessite pas l'examen du fond de l'œil, au moyen de l'ophtalmoscope.

Le glaucome aigu, maladie de l'âge avancé, plus fréquent chez la femme (influence de la ménopause) que chez l'homme, atteint plus particulièrement les yeux hypermétropes, ceux dans lesquelles dominent l'*artério-sclérose* et la dégénérescence de la sclérotique privée de son élasticité. Les troubles congestifs et les émotions violentes, etc., font souvent éclater l'attaque du glaucome.

DE GRAEFFE a décrit une période de *début*, caractérisée par de véritables accès de *vision trouble*, pendant lesquels le malade voit les objets comme dans un brouillard ou une fumée, et les lumières entourées de cercles irisés, accuse une tension dans l'œil et souffre de céphalalgie frontale. Ces phénomènes disparaissent en quelques heures et l'acuité visuelle est sensiblement normale ; mais, le patient se trouve obligé de prendre des verres de plus en plus forts pour le travail de près. Si l'on examine le globe pendant l'accès, on trouve la cornée dépolie au centre et les vaisseaux ciliaires légèrement infectés. Ces accès deviennent de plus en plus fréquents pour aboutir, en quelques semaines, à une attaque de glaucome aigu, ou se terminer, après des mois, par un glaucome inflammatoire chronique. Les prodromes glaucomateux ne sont que des attaques transitoires.

L'attaque de glaucome aigu débute par des douleurs péri orbitaires violentes, irradiées dans la moitié correspondante du crâne et de la face, souvent accompagnées de nausées et même de vomissements et de fièvre. En même temps, la vue baisse parfois au point de distinguer seulement les gros objets ou la lumière d'une lampe placée dans le champ visuel externe. La cécité peut même, en quelques heures, devenir complète et incurable (*glaucome foudroyant*) Ces cas sont heureusement rares. Les symptômes objectifs ne sont pas moins frappants : œdème des paupières et de la conjonctive fortement injectée, *cornée dépolie et insensible* au toucher, chambre antérieure effacée, iris décoloré, *pupille irrégulièrement dilatée, globe très dur*. Toutes ces lésions résultent de l'augmentation de la tension intra-oculaire, d'où compression des nerfs ciliaires et des veines qui traversent la sclérotique.

Au bout d'une ou plusieurs semaines, suivant la gravité de l'attaque, les symptômes peuvent s'amender au point de laisser croire à une guérison ; mais le plus souvent, de nouvelles poussées éclatent, si l'on n'intervient pas, et le glaucome deviendra *absolu*. La cécité est complète, le globe

se désorganise peu à peu (*dégénérescence glaucomateuse de la cornée, du cristallin, etc.*), et s'atrophie.

Il semble d'après ce tableau clinique que la confusion du glaucome aigu avec une autre affection soit impossible ; il arrive cependant, encore trop souvent, que des cas typiques de la maladie que je viens de décrire sont soignés pour des cas d'iritis et de conjonctivite catarrhale aiguë. Dans le premier cas, l'administration de l'atropine est des plus funestes, puisqu'elle augmente la tension du globe ; dans le second cas, le nitrate d'argent ou le sulfate de zinc ne fait qu'augmenter la douleur et l'injection, tout en laissant s'aggraver la maladie. De même, à la période prodromique du glaucome, les douleurs péri-orbitaires ont fait croire à une névralgie du trijumeau et à la migraine ophtalmique.

Le traitement du glaucome a pour but essentiel d'abaisser la pression intra-oculaire.

A) Période du début. — A la période prodromique, les substances myotiques ont la plus grande efficacité et peuvent empêcher, pendant longtemps l'attaque du glaucome aigu ; elles ont pour effet certain de rétrécir l'orifice pupillaire et de diminuer la tension de l'œil atteint, par leur action sur les vaisseaux choroidiens et sur le muscle ciliaire.

Les plus employés sont le chlorhydrate de pilocarpine et le sulfate neutre d'ésérine. On les prescrit habituellement selon les formules suivantes :

	Grammes
Chlorhydrate de pilocarpine.....	0,05 à 0,10
Eau stérilisée.....	10

ou :

	Grammes
Sulfate neutre d'ésérine.....	0,03 à 0,05
Eau stérilisée.....	10

Instiller deux gouttes entre les paupières de l'œil malade, 3, 4, et 5 fois par jour.

Le collyre au chlorhydrate de pilocarpine est moins actif, mais, par contre, beaucoup moins irritant pour l'œil que le collyre au sulfate neutre d'ésérine, lequel détermine souvent une conjonctivite ; en outre, ce dernier provoque des crampes très douloureuses dans le muscle ciliaire. Le premier est incolore et reste tel, tandis que le sulfate neutre d'ésérine rou

git au bout de quelques jours, sans que ce changement de coloration altère en rien ses propriétés myotiques.

Le massage-pression, pratiqué pendant 5 minutes avec les pouces à plat sur les paupières, favorise l'absorption du myotique, et, dans le glaucome aigu, il aurait pour effet de calmer immédiatement la douleur.

En même temps on prescrira le *bromhydrate* ou le *sulfate de quinine*, à la dose 0 gr. 50 par jour.

A cette même période prémonitoire du glaucome aigu, le traitement général et les soins hygiéniques sont des plus importants. Les malades sont ou bien des arthritiques, rhumatisants, gouteux avec artério sclérose, ou bien des syphilitiques, des alcool-diabétiques, etc. On prescrira, selon le cas, la médication spécifique, l'iodure de potassium ou de sodium, le salicylate de soude, la colchicine, etc. Il convient, toutefois, de retarder l'emploi de l'iodure de potassium s'il y a de l'injection de la conjonctive, puisque, comme on le sait, ce médicament s'élimine par les muqueuses en les hyperémiant.

Il faut recommander au patient d'éviter les émotions, les fatigues de tout genre, les repas copieux, l'usage des excitants, de l'alcool en particulier, et le travail exagéré des yeux. Les vices de réfraction seront corrigés avec soin au moyen de verres appropriés. Enfin, on combattra la constipation par des laxatifs salins.

B) Glaucome confirmé.—En présence d'une attaque de glaucome aigu, faut-il procéder sans retard à l'iridectomie, ou bien peut-on espérer éviter cette opération par un traitement médical, par l'emploi des myotiques, du sulfate neutre d'ésérine, par exemple ?

Tout d'abord, il est des malades qui refusent toute intervention chirurgicale et chez lesquels, par conséquent, le traitement médical, peut être seul employé.

On appliquera immédiatement cinq ou six sangsues à la tempe, du côté malade ; on instillera, plusieurs fois par jour, quelques gouttes du collyre à l'ésérine (à 1/200^e) ou au chlorhydrate de pilocarpine (à 1/100), avec massage du globe, et on fera des injections sous cutanées de morphine en cas de douleurs violentes ; si la pupille dilatée se contracte énergiquement, si l'opacité cornéenne disparaît, si l'hypertonie diminue considérablement, si les douleurs se calment, il devient, à la rigueur, possible de différer l'opération, qui n'en deviendra, d'ailleurs que plus facile à pratiquer. On continuera, aussi longtemps qu'il sera nécessaire, l'usage des

mvotiques, sans négliger le traitement général, et, en particulier, les dérivatifs sur le tube intestinal.

Au contraire, lorsque la pupille est rebelle à l'action du collyre au sulfate neutre d'ésérine, lorsque la tension intra-oculaire demeure la même, lorsque les symptômes congestifs ne perdent rien de leur acuité, il faut pratiquer, le plus vite possible, une iridectomie *large et périphérique* ; cette opération donne d'excellents résultats dans la moitié des cas environ ; mais elle est difficile et ne peut être faite convenablement que par le spécialiste. Sous son influence, la tension du globe redevient normale, les douleurs disparaissent, la cornée reprend sa transparence, et le malade récupère une vision à peu près égale à celle qu'il possédait avant l'attaque.

Sans doute, les ponctions répétées de la chambre antérieure et la sclérotomie ont, à leur actif, un grand nombre de succès ; mais je regarde ces interventions comme inférieures à l'iridectomie, dans le traitement du glaucome aigu.

Il arrive que, malgré le traitement le plus énergique, le glaucome aigu passe à l'état chronique, ou devient *glaucome absolu*. Dans le premier cas, les moyens médicaux seront seuls continués. L'énucléation sera le seul remède à opposer aux douleurs violentes et continues, dans le second cas.



DÉONTOLOGIE MÉDICALE

Comment le médecin doit être ?

(Suite)

La durée des stations à faire dépend naturellement de ce que l'on a à y constater, exécuter ou régler. Une première visite réclame toujours beaucoup de temps, puisqu'elle comporte une connaissance à faire, un interrogatoire complet et des examens minutieux à faire subir. Une fois que l'on sait son malade sur le bout du doigt, on peut être plus court : on ne doit pas exiger d'un homme très occupé qu'il se prête à des causeries inutiles. Ne vous permettez cependant jamais les visites " *bâclées en courant* ". Le malade n'aime pas ces allures cavalières : il se croit assez important pour fixer sérieusement votre attention ; la besogne qui vous attend ailleurs ne l'intéresse pas du tout ; et, s'il ne va pas mieux, il l'attribue volontiers au peu de temps que vous lui accordez.

Le docteur *Adhésif* n'a pas cette hâte ; il s'installe, se carre dans un fauteuil, à l'air de venir se reposer chez vous, et ne s'aperçoit pas qu'on regarde la pendule avec des yeux qui disent : ah ça, mais il ne s'en ira donc jamais !

Le docteur *Rusticus* a une tenue relâchée ; il entre dans les appartements avec des souliers boueux et avec des pantalons crottés ; la propreté de ses mains est douteuse et il s'en va sans les laver. Il a perdu une de ses meilleures clientes pour s'être présenté un jour chez elle avec une tache de sang sur les manchettes. Et c'est bien fait !—Les idées d'asepsie se sont répandues dans le public qui a commencé par rire des propretés mériculeuses, mais qui les exige aujourd'hui. C'est bien le moins qu'un médecin soit inoffensif !

Le praticien à cravate blanche, à longs cheveux d'ecclésiastique, aux joues rasées comme un acteur, est d'une race à peu près disparue et c'est peut-être dommage : sa longue redingote rappelait la soutane et attirait le respect, ou tout au moins tenait les familiarités à distance.

Le Docteur *Pompadin* porte les habits de la dernière coupe ; il est toujours ganté de frais, astiqué, pimpant et reluisant comme pour une visite de cérémonie. S'il n'est pas décoré, il porte une fleur à la boutonnière. Il

ne touche à ses malades que du bout des doigts et sa principale préoccupation paraît être d'éviter toute souillure à son vêtement neuf.

Les malades en général ne supportent pas les damerets ; ils savent que les aigles ne se lissent pas les plumes comme les oies quand il va pleuvoir, et que le paon est un sot oiseau lorsqu'il mue.

Le docteur *Hérison* se fâche toujours pour une vétille..... et on ne le revoit plus.

Le Docteur *Platpied* au contraire ne se fâche jamais, et on peut le charger des commissions pour la ville !

On ne rencontre le Docteur *Solus*, ni au café, ni dans le monde ni nulle part ; il vit confiné dans sa solitude comme les anciens stylites sur leurs perchoirs au-dessus et en dehors des foules. Il jouit d'une haute considération, sans doute, mais le monde ne va guère à qui semble vouloir se retirer de lui.

Son confrère *Mondain*, au contraire, est de toutes les fêtes, dîners, bals, concerts, spectacles, et l'on se demande quand il étudie ?—Il n'étudie pas. Aussi n'est-ce pas lui qu'on appelle pour les opérations graves et les cas sérieux.

Le Docteur *Agame* est un célibataire endurci " tant mieux, pensent certains gens cela l'empêchera au moins de confier les secrets des autres à sa femme ! " A ses débuts, il a eu à soigner l'essaim bourdonnant des jeunes filles à marier, atteintes d'affections indéfinissables, embaumant la fleur d'oranger. Cette clientèle charmante est éphémère comme l'efflorescence du cerisier un arbre fruitier qu'on ne cultive pas pour ses fleurs.

Pour beaucoup le célibataire est suspect. On m'a conté à Strasbourg qu'au moment d'émigrer, les cigognes massacrent tous les mâles surnuméraires sans ménagement, afin d'assurer la paix aux ménages établis. Sans doute l'exemple de ces échassiers monogames, prévoyants et sévères, n'est pas à imiter, mais ma fable prouve que le médecin garçon est obligé à la plus grande réserve : la sévérité de sa vie doit le mettre à l'abri de tout soupçon de mauvaises mœurs. Se marier ou ne pas se marier est affaire de tempérament de goût ou mieux de vocation, et devant une résolution de cette gravité, ce n'est ni le philosophe Marphurius, ni Panurge, qu'il convient de consulter. Si l'on me demandait mon avis, je dirais que le jeune docteur fait bien de fonder une dynastie : il est bon qu'après les misères et les fatigues de la journée il trouve le soir, dans une maison bien tenue, les joies réconfortantes du foyer familial. La femme peut beau-

coup pour le succès du praticien elle peut tout pour le bonheur de sa vie ; le tout est de la bien choisir : il la faut intelligente, douce et dévouée.

Si vous devez un jour subir la loi commune et vous laisser aveugler par l'amour, tâchez qu'il y ait au moins de petits trous dans le bandeau !

Hoffman conseille aux médecins de se marier tard et pour faire un plus riche parti, d'attendre qu'une position officielle et la notoriété aient ajouté à leur valeur personnelle. Je soupçonne Hoffman d'être un banquier juif : le mariage est un sacrement, pas une spéculation.

Le chirurgien *Risquonstout*, s'est établi dans un grand centre industriel et, s'il n'a pas de malheur dont le procureur du roi doive se mêler, il est de trempe à y faire rapidement fortune. Il s'est tenu ce petit raisonnement : "Voici dix malades que les chirurgiens en renom ont refusé d'opérer à causes des avantages contestables que l'opération procureraient aux patients ou des risques qu'elle leur ferait courir. Je suppose que j'en perde neuf..... ils étaient condamnés quand même ! mais si je sauve un seulement de ces abandonnés des grands maîtres celui-là fera ma réputation.....en avant."

Risquonstout est un malhonnête homme : il joue un argent qui ne lui appartient pas, la vie des autres.

Laissez-moi vous dire : Ne vous *efforcez* pas de plaire ; "vous ne ferez rien avec grâce." Soyez vous-mêmes. Ce n'est pas plaire aux malades qu'il faut, c'est de leur être utile. Occupez vous donc d'eux, pas de vous ; apportez-leur une sympathie sincère, affectueuse, dévouée et vous trouverez naturellement et sans effort dans vos cœurs, la note juste, celle qui touche parce qu'elle est vraie.

CE QUE LE MÉDECIN DOIT AUX MALADES

Ce que le médecin doit au malade peut se résumer en deux mots : *science et dévouement.*

La *science* est le fruit du travail de l'intelligence et elle ne s'acquiert que par l'étude. Il n'y a pas de science innée et les plus heureuses dispositions apportées en naissant sont un don inutile, si le travail ne les féconde. Sans la taille le diamant brut reste un caillou et il nous faut un effort persévérant sur nous-mêmes pour dégrossir, affiner, faire reluire ou vouloir notre bloc particulier. La vie intellectuelle et physique est mouvement ou labeur ; l'esprit comme le muscle immobilisé dans le rien faire, s'atrophie : (*Rust Rest*) le repos, c'est la rouille, dit le proverbe flamand. Le travail développe, élargit et élève si bien les intelligences moyennes qu'on a pu dire : Le génie est une longue patience. Vous préparez en ce moment.

vos destinées futures, ne vous préparez pas des regrets ou des remords, et acceptez vaillamment les fatigues des semailles, si vous voulez plus tard les joies de la récolte. Vous établissez en ce moment les bases sur lesquelles vous devrez vous élever vous-mêmes ; or, les assises de l'édifice manquées, tout est manqué déplorablement et à perpétuité ! Car, pas plus que l'éducation première, les études fondamentales ne se recommencent pas : on ne se refait pas.

A un élève en philosophie, en droit ou en notariat, qui n'étudie pas, on peut se borner à dire : Tant pis pour vous ! Mais à vous qui aurez à répondre de la santé et de la vie des autres, l'oisiveté et l'ignorance ne sont pas permises : votre incapacité serait un crime et une calamité publique. Un médecin ignorant est comme un mauvais prêtre, et j ne sais pas de plus triste personnage au monde.

Vous êtes *étudiants* ! — *Étudiant* participe actif du verbe étudier.

L'étude est aujourd'hui pour vous un devoir de profession, de conscience et de probité ; elle le sera toujours et vous ne pourrez jamais sans déchoir, en perdre l'habitude quotidienne. On se figure parfois que le diplôme conquis le plus fort est fait : pas du tout, il est à faire ! Vos maîtres ne peuvent vous fournir que les éléments, les principes, des exemples : l'école ne fait pas le médecin, le médecin doit se parfaire lui-même.

C'est au début de la carrière, avant l'absorption par la clientèle, que les bonnes habitudes doivent se prendre. Je vous conseille, lorsque vous rentrez de cette première visite qui fait époque dans la vie, de relater tout chaud—succinctement, car les longues histoires sont fastidieuses—le fait que vous venez de rencontrer. Ce travail de rédaction vous obligera à préciser vos idées à les exprimer nettement ; il vous deviendra de plus en plus facile, parce que la main se fait en écrivant, et il vous fournira pour plus tard des notes utiles à relire ou, qui sait ? peut-être les matériaux d'un livre à léguer à la postérité !

Je suppose votre premier malade souffrant de l'estomac. Pourquoi ne reliriez-vous pas l'anatomie et la physiologie de ce grand pourvoyeur d'énergies vitales, puis, comme la maladie est souvent de long cours et que le temps ne vous manque pas encore, pourquoi ne repasseriez-vous pas la pathologie ou les désordres de la cuisine stomacale et n'étudieriez-vous pas à nouveau l'action des agents thérapeutiques que vous allez voir à l'œuvre. Croyez-vous que ce travail soit inutile ? Je vous affirme que non, et le second gastralgique qui viendra à vous en recueillera les fruits.

Et au bout de quelques années de cette gymnastique scientifique à travers la médecine, la chirurgie et l'obstétrique, vous vous sentirez devenus véritablement forts ; vous serez le médecin qui s'élève et qui grandit toujours, tandis que celui qui n'étudie plus s'atrophie, avorte misérablement. L'édifice péniblement élevé qu'on n'entretient plus se détériore et se ruine !

Il importe donc dès vos débuts de vous réserver dans la journée quelques heures pour l'étude ; plus tard il sera trop tard : l'habitude de ne rien faire est de celles qui se perdent le moins.

Les livres de médecine coûtent cher ; il en paraît de nouveau tous les jours ; le nouveau du jour est vieux le lendemain, et les collections réunies à grands frais il y a 15 ou 20 ans sont devenues fossiles.—Le praticien du village n'est pas riche et la dureté des temps lui rend tous les jours la lutte pour l'existence plus ardue. Il importe cependant qu'il se tienne au courant des progrès de la science, non pas dans une seule direction, comme son frère le spécialiste des grandes villes, mais dans toutes les directions indistinctement : appelé à tout traiter, il doit tout connaître. C'est pour lui un besoin, et pour sa clientèle une nécessité.

Les journaux périodiques de médecine coûtent moins que les livres et peuvent, dans une certaine mesure, suppléer les grosses bibliothèques.

Le dévouement.—Se dévouer c'est se consacrer par un vœu, par amour ou par conviction à une personne ou à une idée. L'intérêt n'est pas le mobile de cette générosité, qui serait une duperie, s'il n'y avait pas un autre monde où elle doit recevoir sa récompense. Le médecin s'exposerait-il au danger des contagions mortelles pour gagner le pain du jour ? Le gain ne serait pas en rapport avec les risques, et l'appât du lucre ne suffit pas pour engendrer les actes héroïques ; il faut un levier plus puissant que l'intérêt ! Là est l'honneur de la profession médicale et il lui constitue une noblesse qui vaut bien celles des croisades !

Gallien, à Rome, en 1668, et Sydenham à Londres, en 1665, se sont sauvés devant la peste. En regard de ces deux défections célèbres se dresse le glorieux martyrologue des médecins tombés au champ d'honneur, innombrables comme les étoiles du firmament !

Le dévouement du médecin est fait de courage et d'activité, de patience et de prudence, de douceur et de fermeté, d'abnégation et de discrétion.

Vous devez votre temps à vos malades à toute heure du jour et de la nuit, et, en cas d'urgence, au premier venu, pauvre ou riche.

« Si, dit M. Déchambre, le médecin exerce une profession libre, celle-ci trouve sa chaîne en elle-même par sa destination qui est de faire le bien.

Or, il ne peut se vendre ni se mesurer comme une marchandise ; le bien n'a pas de valeur vénale qui lui permette de se réclamer de la loi de l'office et de la demande. Il doit s'effectuer à tout prix. ”

Ne repoussez jamais le pauvre : la maladie le rend doublement digne de pitié : *res sacra miser*. Le verre d'eau donné au pauvre ne restera pas sans récompense, dit l'Évangile et, même en ce monde, la charité porte bonheur. C'est le paratonnerre qui doit sauver la société, si elle peut l'être encore.

Le pauvre est plus reconnaissant que certains riches qui, la note d'honoraires soldée, estiment ne plus rien devoir. S'il lui arrive à être ingrat, je me demande même s'il n'est pas dans son droit strict Dieu s'étant engagé à payer lui-même pour lui. Ne soyez donc pas généreux à moitié et abandonnant les honoraires, n'exigez pas qu'on vous accable de remerciements! “ La classe inférieure, fait très bien remarquer M. Déchambre manque souvent de déférence pour le médecin; si l'on pénètre au fond de ce sentiment, on reconnaît qu'il a sa source dans la défiance. Le pauvre commence par douter de l'intérêt qu'on va lui porter. Si vous lui parlez d'un peu haut, il entre tout de suite en révolte, devient exigeant. Parlez-lui doucement, amicalement; n'ayez l'air de regarder ni son taudis, ni ses habits de travail; il s'en montrera profondément touché. Ces deux états extrêmes sont surtout marqués chez les femmes d'ouvriers et quand c'est le bon sens qui parle elles ont mille manières délicates, de l'exprimer. ”

Le *Code of Medical Ethics* de l'Association américaine interdit au médecin riche les consultations gratuites, parce qu'elles feraient du tort à ses confrères. Laissez ces maximes à leurs auteurs d'outre-mer et qu'ils les pratiquent chez eux! elles ne valent rien chez nous. Il n'y a pas que des médecins riches et des médecins besoigneux; il ne doit y avoir que des médecins bienfaisants. Le bien que vous ferez à un misérable, ne peut d'ailleurs nuire à personne et, dans tous les cas, les devoirs de l'humanité priment ceux de bonne confraternité.

Si l'on doit parfois courber la tête pour pénétrer dans une mansarde, on ne le peut jamais pour entrer dans un salon doré. Certains parvenus considèrent le médecin comme un subalterne et le traitent volontiers comme un valet. Ne leur permettez jamais de vous marcher sur le pied si vous ne voulez pas qu'ils vous marchent sur la tête. Soyez du reste certains qu'ils se tiendront d'autant mieux à leur place, que vous saurez mieux garder la vôtre et, au besoin, sachez renoncer à un client mal éduqué mais jamais à votre dignité personnelle. (A suivre.)

REPRODUCTION

Les savons et l'antisepsie en obstétrique.

MM. DEMBLIN et AUDION, frappés de la négligence dont sont l'objet, dans beaucoup de services, les savons, alors que l'eau destinée au lavage des mains des opérateurs et des élèves est soigneusement stérilisée, ont procédé à quelques ensemencements des savons mis à la disposition des élèves stagiaires et des moniteurs à la salle d'accouchements de la clinique Tarnier, et obtenu des résultats positifs dans la presque totalité des cas. Il n'y eut, en effet, d'exception que dans un cas où le savon fut gratté avec un bistouri flambé, mais d'une main un peu lourde : la semence fut alors prélevée, non pas à la superficie du savon, mais dans l'épaisseur même de sa pâte.

Un savon au sublimé, également ensémené, donna, à la surface de la gélose, non pas des colonies apparentes, mais un enduit blanchâtre très mince dans lequel des diplocoques conservant le Gram parent être colorés.

Un savon liquide, aseptiquement fabriqué et conserve dans des tubes de plomb semblables à ceux des couleurs à l'huile, fut aussi l'objet d'examen bactériologiques ; ceux-ci restèrent négatifs.

Après s'être lavé les mains avec le savon au sublimé et avec des fragments de savon ordinaire, les auteurs ont ensémené la surface de ces savons et ont obtenu, pour le savon ordinaire, une culture négative, et pour le savon au sublimé une culture de tétragènes.

Enfin, le liquide savonneux contenu dans les porte-savons du lavabo fut reconnu comme pouvant servir de milieu de culture à de nombreux staphylocoques.

Les conclusions de ce travail sont les suivantes :

Il serait dangereux de compter sur les prétendues propriétés antiseptiques du savon : la pâte elle-même du savon est aseptique, étant donnée la température à laquelle elle se trouve au moment de la fabrication, mais la surface des fragments est contaminée le plus souvent, comme tout objet exposé à l'air et à tous les contacts ; cette surface peut ensuite, conservant vivants les microbes, contaminer les mains d'un opérateur confiant ; Il est donc nécessaire que celui-ci, avant d'aseptiser ses mains, prenne le soin, d'abord, d'aseptiser son savon, soit en dissolvant et enlevant sous un filet

d'eau sa couche superficielle, soit en procédant à plusieurs savonnages successifs des mains avec le même fragment de savon, sans le poser nulle part, sans le laisser plonger dans la cuvette. Il faut aussi, après s'être lavé les mains, éviter à tout prix de se les rincer dans la cuvette qui contient encore l'eau de ces lavages.

Enfin, on évitera toutes les chances d'infection en se servant d'un savon liquide aseptique dont les quelques gouttes nécessaires à chaque lavage ont l'avantage de ne servir qu'une fois, et dont la dernière dose peut remplacer la vaseline.

M. LEPAGE annonce qu'il se sert depuis 2 mois, dans son service, d'un savon liquide semblable, mais que le plus souvent les femmes, examinés avec ce savon employé comme lubrifiant, l'ont toujours accusé de produire une cuisson désagréable au niveau de la muqueuse vulvo-vaginale.

M. AUDION croit devoir attribuer cette cuisson en partie à la glycérine que contiennent ces savons liquides.

Gaz. Hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie.

L'épreuve du Vésicatoire.

MM. ROGER et JOSUÉ (Société Médicale des hôpitaux de Paris, 3 Mai 1901) -- L'étude histologique du liquide contenu dans la phlyctène déterminée par un vésicatoire établit que cette sérosité tient en suspension un assez grand nombre de cellules. Chez l'homme normal on trouve une forte proportion de polynucléaires éosinophiles (25, 19%) Chez les individus atteints de maladies infectieuses, ces cellules sont peu nombreuses ou font complètement défaut. Elles reparassent si l'organisme prend le dessus et triomphe de l'infection. L'épreuve du vésicatoire fournit donc de précieuses indications sur l'intensité de l'imprégnation toxi-infectieuse et sur le mode de réaction des organes hématopoïétiques.

La différence de ces résultats tient à l'action exercée par les toxines microbiennes sur la moelle osseuse. Sous l'influence de ces poisons, la moelle des os donne naissance à des polynucléaires neutrophiles ; elle se trouve, par contre, dans ces conditions, dans l'impossibilité de fournir des éosinophiles.

Ehrlich a bien mis en lumière cette sorte d'antagonisme qui existe entre les processus infectieux et l'éosinophilie. Or l'application d'un vésicatoire incite à la production d'éosinophiles, et l'examen du liquide de la

phlyctène montre dans quelle mesure le tissu méullaire est capable de produire ces éléments.

On trouve dans le liquide du vésicatoire des leucocytes de toutes variétés, plus des myélocytes et des cellules spéciales que nous avons nommées *cellules de vésicatoires*.

Dans les cas de tuberculose chronique vulgaire, on trouve 90 à 98% de polynucléaires neutrophiles ; les éosinophiles sont très rares ou font défaut ; les proportions des autres cellules sont assez variables. Les cellules affectent souvent un aspect spécial : Elles sont gonflées comme hydro-piques, beaucoup plus volumineuses que chez les sujets normaux. Cet état des éléments cellulaires, sans être spécial à la tuberculose, est beaucoup plus marqué dans celle-ci que dans les autres infections. Dans un cas où il était manifeste, il nous a mis sur la voie d'une tuberculose latente.

Dans un cas de tuberculose à tendance fibreuse, nous avons trouvé 32% d'éosinophiles ; chez un tuberculeux tout à fait au début avec un bon état général, 7, 8% d'éosinophiles. Dans deux cas de pleurésie séro-fibrineuse aiguë, c'est à dire de tuberculose locale de la plèvre évoluant vers la guérison, il y avait 13,7 et 18% d'éosinophiles.

Dans l'érysipèle, les oreillons, l'amygdalite aiguë, l'érythème polymorphe, le zona ophtalmique, la broncho-pneumonie, nous avons vu le nombre des éosinophiles varier de 0 à 2 ou 3% suivant la période de la maladie et la tendance à la guérison.

Cette méthode, très sensible, nous permet d'explorer les réactions des organes hématopoiétiques et d'apprécier le degré de l'imprégnation toxique de l'organisme.

Journal Médical de Bruxelles



Société Médicale de Québec

Séance du mois de Mai

La séance s'ouvre sous la présidence de M. le Dr L. J. A. Simard, Président.

Le procès-verbal de la séance d'Avril est adopté.

Après un appel de M. le Président à l'effet de payer la contribution annuelle pour avoir droit de voter aux prochaines élections du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, M. le Dr P. V. Faucher lit un travail bien élaboré sur " Nos moyens de défense contre la tuberculose " Un échange d'opinions, entre plusieurs médecins s'ensuit. Le temps ne suffisant pas, on a remis la continuation de la discussion à la séance du mois de Juin.

M. le Dr Ahern nous fait part ensuite au nom du Dr Morin, de Thetford Mines d'une très intéressante observation de " Diphthérie à forme hémorragique. "

Laissons parler M. le Dr Morin : " Le 15 Avril 1899 j'étais appelé auprès de Mme C.....pour un avortement de 2½ mois. Le lendemain matin, après avoir enlevé le tampon appliqué pendant la nuit, Mme C.....me dit que sa petite fille âgée de 8 ans n'était pas bien depuis quelques jours; elle était fiévreuse, avait mal à la gorge et vomissait. J'examine l'enfant: Température un peu au-dessus de 100° F.; légères taches sur les amygdales. L'enfant ne paraît pas bien malade le cas est léger et je néglige l'injection du sérum Roux. Trois jours après je suis appelé à la hâte auprès de cette petite fille, prise d'épistaxis durant déjà depuis 1½ heure, épistaxis très abondant qui s'est arrêté de lui-même au moment où je me préparais à pratiquer le tamponnement des fosses nasales. Je remarque sur la peau de l'enfant plusieurs taches rouges assez semblables au *purpura hémorragique* mais pas aussi foncées; fausses membranes sur les amygdales et le voile du palais :— C'était bien la " diphthérie ". Injection immédiate de 20 c. c. sérum Roux. Le lendemain, les membranes s'effacent, l'hémorragie ne s'est pas reproduite, les taches ont pâli davantage. Tout de même une autre injection est pratiquée, mais l'enfant n'a pu survivre. Le poison diphthérique joint aux conséquences de l'hémorragie ont amené un affaiblissement graduel et la mort a eu lieu dans l'après-midi du 3 mai.

Le fait que quatre autres enfants dans la même famille ont eu les symptômes de l'angine diphthéritique confirme le diagnostic de diphthérie chez le premier cas. Je n'avais pas fait d'injections préventives, mais tous dès l'apparition des premiers symptômes ont reçu 20 c. c. de sérum avec amélioration immédiate.

J'ai employé dans l'espace d'une année au delà de 260 bouteilles de sérum de 10 c. c. J'ai fait de larges injections chez les enfants atteints et des injections préventives à force. Six cas de mort pendant cette période chez des sujets qui ont subi le traitement trop tard ; à part deux qui se sont montrés des cas singuliers que je vous rapporterai plus tard.

M. le Dr Marois.

Je vous présente douze nouvelles observations de cocaïnisation.

Accouchements 2

Appendicite 1

Hernie irréductible, cure chirurgicale.

Tumeur vésicale et calculs, cystotomie sus-pelvienne.

Tuberculose tibi tarsienne

Epithélioma de la surface plantaire du pied. (*M. le Dr Ahern*)

Hémorroïdes, ablation au thermocautère.

Sciaticque 4

Dans les deux cas d'accouchements et les six opérations pratiquées sous l'influence de la cocaïne en injection sous archnoïdienne, l'anesthésie a été parfaite excepté dans le cas d'appendicite où l'analgésie a laissé à désirer cependant pas suffisamment pour obliger l'emploi d'autres anesthésiques.

La rachicocaïnisation pour la cure de la sciaticque n'a pas donné les résultats que les cas rapportés dans la littérature médicale nous faisaient espérer.— Dans deux opérations, le résultat a été nul car après cinq à six heures, les douleurs ont recommencé. Dans une troisième observation la malade a éprouvé un soulagement réel et persistant, mais pas complet. Dans la quatrième observation que je vais vous communiquer, la guérison a été complète et immédiate.

Mme R....., 22 ans, frère mort de pleurésie à 35 ans, deux sœurs maternelles mortes de tuberculose. Au mois de Septembre 1900 la malade est atteinte pour la première fois d'une sciaticque droite, qui la retient deux mois au lit. Au mois de Janvier 1901 nouvelle attaque qui dure quinze jours ; la malade était incapable de marcher. Une troisième attaque plus sévère que les autres commence le 2 mars. Après avoir employé sans

résultats les différentes médications recommandées contre cette douloureuse maladie, je me décidai à faire une injection intra rachidienne de cocaïne d'un demi centimètre cube d'une solution à 2%. Trois minutes après l'injection la malade éprouve des picotements dans les membres inférieures et bientôt l'analgésie est complète, et la malade peut se remuer sans éprouver aucune douleur. Depuis ce temps les douleurs ne sont pas revenues et la malade a pu reprendre ses occupations ordinaires.

A la fin de la séance il est proposé par M. le Dr Catellier secondé par M. le Dr Ahern et résolu que la Société Médicale de Québec a appris avec regret la perte que vient de faire un de ses membres, M. le Dr Bolduc de St Michel, Bellechasse, et lui présente ses condoléances.

Proposé par M. le Dr Grondin secondé par M. le Dr Brochu que cette résolution soit insérée dans les minutes de la Société ainsi que dans le prochain numéro du "Bulletin Médical". Adopté.

Par ordre,

Dr R. Fortier

Co-Secrétaire

Sociétés de District

Nous ne pouvons taire à nos lecteurs la satisfaction que nous cause ce réveil de tous les districts pour fonder des associations médicales dont on reconnaît l'utilité indiscutable.

Il y a quelques temps nous notions avec joie la formation des Sociétés des districts de Portneuf et de Chicoutimi. Aujourd'hui nous saluons avec plaisir la naissance de la Société de Trois-Rivières et de celle de Montmagny. Et nous savons que sous peu le district d'Ottawa aura son association Médicale. Ce réveil fait du bien après la période d'amortissement que notre Province vient de passer.

Nous donnerons plus de détail dans le prochain numéro.

Société médicale de Québec

La prochaine réunion de la Société aura lieu vendredi le 28 Juin 1901.
Les séances seront suspendues, pendant les vacances, jusqu'au 27 Septembre 1901.

Par ordre,

DR R FORTIER,

Co Secrétaire.

N'oublions pas

Que le premier de Juillet est le dernier jour pour le paiement de notre contribution au Bureau de Médecine de cette Province si nous voulons avoir droit de vote aux prochaines élections de ce Bureau.

Nouvelles

Nous apprenons avec plaisir que M. le Dr Eug. Mathieu de cette ville vient d'être nommé professeur agrégé à l'École de Médecine de l'Université Laval de Québec.

Le " Bulletin " offre ses plus sincères condoléances à son distingué collaborateur M. le Dr S. Bolduc, de St Michel, qui vient de perdre son épouse bien-aimée le 25 Mai dernier.

AVIS

Monsieur John Ahern est autorisé à collecter les abonnements au " Bulletin Médical " en ville, dans la Province et à l'étranger.

Par ordre

Dr R. Fortier

Secrétaire Trésorier

BIBLIOGRAPHIE

Hérédo-Syphilis.—Descendance des Hérédo-Syphilitiques, par le Dr L. JULIEN, professeur agrégé, chirurgien de Saint-Lazare. 1 vol. in 8, 96 pages. —Paris, J.-B. BAILLIÈRE et FILS, 1901.

Dans cet ouvrage, le chirurgien de Saint-Lazare aborde une question nouvelle : *La transmission de la syphilis à travers deux générations successives* et prouve l'inexactitude de l'ancien adage : " On ne tient pas la vérole de son grand-père. " En colligeant tous les faits publiés auxquels il adjoint un dossier considérable d'observations inédites, l'auteur prouve surabondamment l'existence de cette hérédité seconde, sous forme de *lésions spécifiques proprement dites*, de *manifestations secondairement dérivées de la syphilis*, de *stigmates dystrophiques*, d'*anomalies* ou de *monstruosités*. C'est un nouveau chapitre ajouté à l'histoire de la vieille diathèse.

La profession médicale, ses devoirs, ses droits, par le Dr G. MORACHE, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Bordeaux, membre associé de l'Académie de médecine. 1 vol. in 12 de la *Collection médicale*.—Paris, Félix ALCAN, 1901.

La profession médicale traverse, depuis quelques années, une crise qui, à des degrés différents, peut être, mais sous des formes sensiblement identiques, sévit dans tous les pays à civilisation européenne. Bien des facteurs ont contribué à cet état de choses. Il importe de les étudier et, si l'on peut, de les modifier.

On a pu dire que les nouveaux admis à l'exercice professionnel connaissent insuffisamment le groupe dans lequel ils font évoluer leur existence, qu'ils n'ont qu'une imparfaite connaissance de la déontologie médicale et qu'ils ne l'apprennent guère qu'avec la pratique de la vie. Ils peuvent alors se laisser aller, dès le début, à commettre à l'encontre des malades et des familles ou envers leurs confrères, telles ou telles fautes, simples erreurs sans doute, mais fâcheuses par elles-mêmes et pour la profession toute entière. Ces assertions contiennent une grande part de la vérité.

M. Morache a cherché, dans son livre, à envisager avec la plus entière indépendance les conditions de la profession médicale. Les futurs médecins ceux qui, déjà, s'engagent sur le terrain si difficile de la pratique professionnelle, recueilleront dans cet ouvrage d'excellents principes qui pour-

ront leur servir de guides tout au moins les aider à fixer leur légitimes hésitations.

Traitement rationel de la tuberculose pulmonaire et de ses modalités cliniques par le Dr A PÉGURIER, lauréat de la Faculté de médecine de Montpellier, ancien médecin-major de l'armée, 1 vol. in-8°.—Paris, A. MALOINE, 1901.

Laissant volontairement de côté tout ce qui a rapport à la prophylaxie de la tuberculose pulmonaire, l'auteur s'est efforcé de présenter le traitement curatif de la phtisie tel qu'il doit être compris à l'heure actuelle, tout en conservant à son ouvrage un caractère éminemment pratique.

Dans une *première partie*, consacrée à l'étude des différentes méthodes utilisées en phtisiothérapie, l'auteur fait ressortir toute l'importance que le médecin doit accorder au traitement adjuvant, un peu trop délaissé aujourd'hui. Il discute la valeur thérapeutique des divers agents médicamenteux tour à tour préconisés, présente, en particulier, de la créosote et de ses dérivés, une étude très complète et fait connaître les bénéfices que l'on peut attendre d'un traitement hydro-minéral rationnellement appliqué. La question de la bactériothérapie tuberculeuse est également exposée avec clarté et précision.

La cure hygiéno-diététique est traitée, ensuite, avec tout le développement qu'elle mérite. Les règles de l'alimentation du tuberculeux, l'étude très complète des indications climatiques, qui met en relief l'importance considérable des climats sur les modalités de la tuberculose pulmonaire, sont examinées aussi minutieusement que possible. Enfin, les principes de la cure d'air et de repos, et l'hygiène générale du tuberculeux terminent la première partie de ce livre.

Toutefois, l'ouvrage du Dr Pégurier n'est pas, tant s'en faut, une simple revue générale de la phtisiothérapie actuelle. Une classification clinique originale et très rationnelle des différentes modalités de la tuberculose pulmonaire est comme le pivot de l'ouvrage, et permet à l'auteur d'indiquer, chemin faisant, les diverses modifications que doit subir le traitement de chaque tuberculeux, suivant l'aspect clinique de son affection. C'est là surtout, ce qui fait le caractère personnel de cet ouvrage et son principal mérite.

Dans la *deuxième partie*, réservée à la thérapeutique appliquée de la tuberculose, l'auteur montre avec grand soin la cure morale et hygiéni-

que qui se poursuit au Sanatorium ; il décrit, ensuite, les principaux sanatoria, en particulier les sanatoria français, de création toute récente, indique les résultats obtenus et discute la valeur respective des sanatoria collectifs et du home-sanatorium. Plus loin, chacune des modalités cliniques est examinée au point de vue du traitement particulier qu'elle comporte ; enfin, dans un dernier chapitre, se trouve décrit le traitement des symptômes et des complications.

Pratique de Chirurgie courante ; par CORNET (M.) (de Lyon).—
Paris, Alcan, 1900, in-18°, 554 p., 111 fig.

Petit volume, destiné aux praticiens éloignés des grands centres, mis au courant des progrès récents, et précédé d'une préface d'Ollier. L'auteur a beaucoup insisté sur la chirurgie d'urgence. On trouvera surtout dans ce travail la pratique générale des chirurgiens lyonnais, et la description des procédés opératoires plus spécialement en usage dans cet important centre d'instruction. Un peu trop pratique peut-être, l'auteur a négligé presque toujours le côté scientifique des questions traitées : ce qui simplifie considérablement la besogne ! Mais, évidemment, le but poursuivi explique cette façon d'écrire l'histoire de la chirurgie. Tous ceux qui ne tiennent pas à la vérité complète, n'en seront pas moins satisfaits, car cette œuvre sans prétention réalise très bien leur secret désir : posséder la science chirurgicale en un petit volume de 500 pages.

