

Bibliothèque numérique

medic@

**Gazette des hôpitaux civils et
militaires de l'Empire Ottoman**

*10ème année. - Constantinople : Société impériale
de médecine , 1896_1897.*

Cote : 91436



Licence ouverte. - Exemplaire numérisé: BIU Santé
(Paris)

Adresse permanente : [http://www.biusante.parisdescartes
.fr/histmed/medica/cote?91436x1896_1897](http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?91436x1896_1897)



GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES
DE L'EMPIRE OTTOMAN.

COMITÉ DE LA RÉDACTION :

LL. EE. les D^{rs} MAVROYENI PACHA, MACRIDI PACHA, D^{rs} PARDO, et
VICTOR EFFENDI GALIMIDI. — *Administrateur* : D^r SERPOSSIAN.
Secrétaires : M. le D^r NAZIM CHERÉFEDDINE BEY, et M. PIERRE APÉRY.

BUREAUX DU JOURNAL :

AU LOCAL DE LA SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE MÉDECINE, ASMALI TCHIKMA, SAKA SOKAK, PÉRA
CONSTANTINOPLE.

POUR LES ANNONCES ET ABONNEMENTS

S'adresser à l'Éditeur A. CHRISTIDIS

19, Rue Voïvoda, Galata, Constantinople.

PRIX DE L'ABONNEMENT PAR AN

Constantinople : 30 Ptres. — Provinces : 36 Ptres. — Étranger : 8 Francs.



CONSTANTINOPLE,

Imprimerie A. CHRISTIDIS, 19, Rue Voïvoda, Galata.

1896.

(اقوال تربیتی بلانغا محلولی وقومبر بهلری)

الام صصیه ، عضلیه ، سنبیه ، غصروفیه ، ذات المفصل الخ .

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(ده فرزندك يانقره آئيني)

PANCRÉATINE DEFRESNE

استكرام اطعمه، سوءضمء الم معدة، مشكلات هضميه، شكر علقى، ذات المعدة، وساثره وساثره
 يا / يانقره آئين ده فرزند — سفوف حالده ۲ الى ۴ قاشق — ۴ فرائق
 نيا / جيبات هاشمة ده فرزند — ۳ الى ۵ حب — ۳ فرائق اكسير وشروب

(ده فرزندك فارين مالتيهسى)

Farine MALTÉE Défresne

(لين متيبس ماده مقبس غذای اكل)

ده فرزندك فارين مالتيهسى لين مادرك عدم كفايه سنى تلافى ابتدئى كى بردنبره
 ارضاع حيوانيدن استطعام عادى به يكسكده كى مخاير ومهالكى ده دافع وزائلدن

(اقزالترينلى بلانقا محلولى وقومبريمه لرى)

الام عصيه ، عضليه ، سينيه ، غضروفيه ، ذات المفصل الخ .

Vin Nourry**IODOTANÉ**Exactement titré à... | 0.05 d'Iode | par cuillerée à soupe.
| 0.10 de Tanin. ... |

Le **meilleur moyen d'administrer l'Iode**
Succédant des Iodures et de l'Huile de Foie de Morue.

Lymphatisme, Anémie, Aménorrhée, Affections Pulmonaires.
 PARIS, 28, Rue St-Claude et Toutes les Pharmacies.

براهه شرابى

VIN BRAVAIS

قولا — قوقا — غوارانا — قاقائو

عيني غداصرى حاوى

(اكسير براوه)

اساسى قولا، قوقا، غوارانا و قاقائودن عبارت بولنان براوه شراب
 واكسيري قلبى تقويه، جمله اختلال عصيه ني ازاله، تنفسى تسهيل، دمي تكثير
 ومعدده ايله معانك فعلى تنظيم ايدر. بناء عليه هر برنوع فقرالدم، خلدروز،
 ضعفت، امراض عصيه، ضعف عصبي، تقاوت وهر بر معدده خسته لقلرنده
 شايان استعمالدر.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

DE L'EMPIRE OTTOMAN.

SOMMAIRE. — De la disparition des accidents névritiques d'origine traumatique ou inflammatoire par la compression localisée et forcée, par le **Dr Doubre**. — Traitement de l'éclampsie. — De l'injection du sérum dans la peste, par **M. Henri Monod**. — Sur l'intervention chirurgicale dans les péritonites de la fièvre typhoïde, par **M. Dieulafoy**. — Comptes-rendus de la Société Impériale de Médecine, Séances du 2, 9, 16, 23 et 30 Octobre 1896, par **P. Apéry**. — Formules.

DE LA DISPARITION DES ACCIDENTS NÉVRITIQUES

d'origine traumatique ou inflammatoire par la compression
localisée et forcée.

On sait combien rebelles à toute intervention thérapeutique, médicale ou chirurgicale, sont les névrites périphériques traumatiques. On sait à quelle existence misérable sont vouées les personnes atteintes de cette affection. Dans un mémoire, auquel a été décerné le prix Desportes, M. le prof. Delorme (du Val-de-Grâce) fait connaître un procédé aussi simple qu'efficace, auquel il a eu recours maintes fois dans ces cas de névrites, toujours avec le même succès, ainsi qu'en témoignent les dix observations qui accompagnent ce mémoire. Ces faits ont été, d'ailleurs, contrôlés par les membres de la Société de chirurgie et de l'Académie de médecine.

Voici la description du procédé : « Supposons, dit M. Delorme, qu'à la suite d'une attrition, d'une plaie contuse, d'une incision de phlegmon ou d'une amputation régularisatrice d'un doigt, celui-ci soit douloureux ; que les douleurs soient locales ou irradiées à distance, même jusqu'aux racines médullaires, voici comment je procède, après avoir, bien entendu, écarté toute hypothèse d'hystérie ou de névrite de cause générale :

Je détermine l'étendue de la zone, du réseau périphérique hyperesthésié, puis le malade étant assis ou couché, bien maintenu par des aides, l'avant-bras et le poignet solidement fixés, j'embrasse le doigt entre mes pouces et mes index superposés et, de toutes mes forces et d'emblée je presse successivement sur tous les points de la zone hyperesthésiée, sur et près de la plaie ou de la cicatrice, en commençant par les zones les plus douloureuses auxquelles je réserve mon maximum de force de pression. Si, après, une première tentative qui ne peut durer que quelques instants, quelques secondes, à cause de la dépense d'énergie déployée par le chirurgien et le patient, il reste encore de l'hyperesthésie, je renouvelle cette tentative après quelques minutes de repos ou je la fais renouveler par un aide. Il m'est arrivé de faire presser le même doigt, successivement par deux ou trois de mes élèves.

L'intensité et l'étendue des douleurs, leur persistance après une première séance de compression, m'ont parfois forcé à renouveler mes tentatives une deuxième, une troisième fois, à quatre ou six jours d'intervalle. Le plus souvent une seule séance a suffi.

Le doigt comprimé est protégé pendant huit à dix jours par un pansement ouaté contentif et compressif. »

Après une ou deux séances de compression, rarement plus, l'hyperesthésie disparaît ; on peut pétrir la cicatrice sans déterminer la moindre impression pénible et sans que la sensation de pression soit abolie. Les douleurs irradiées sur le trajet des nerfs jusqu'à leurs origines médullaires disparaissent immédiatement, ainsi que les troubles trophiques (sueurs, œdème, cyanose, modification de l'épiderme, raideurs articulaires). En un mot, d'une vie de supplices, le malade passe tout d'un coup à l'existence normale, et cela, par un procédé des plus simples, n'exposant à aucun dégât. Quelles que fussent, en effet, l'intensité de la compression, la minceur, la tension de la cicatrice, M. Delorme n'a jamais observé ni ecchymose, ni déchirure ; l'élasticité et l'épaisseur des pouces, la direction bien perpendiculaire des pressions expliquent ce résultat.

Cette compression forcée est, il est vrai, extrêmement douloureuse, mais aucun des malades de M. Delorme n'a hésité à s'y soumettre tant ils en attendaient, et à juste titre, de soulagement durable. Dans la crainte de réflexes bulbaires fâcheux, le chloroforme n'a pas été employé, peut-être pourrait-on l'utiliser de même que les anesthésiques locaux.

Voilà, certes, un remarquable procédé laissant loin derrière lui les élongations, névrotomies ou toutes solutions de continuité nerveuse, entraînant des mutilations ou des paralysies persistantes plus ou moins étendues.

Il est un point important à signaler dans le manuel opératoire ; pour tirer de la compression forcée tout le parti désirable, il est indispensable de comprimer tous les points de la cicatrice et du foyer inflammatoire qui réagissent très douloureusement sous une pression modérée. Une compression incomplète comme étendue peut se montrer insuffisante et imposer de nouvelles séances. Les cas dans lesquels la réussite a été la plus brillante sont ceux, où, après délimitation très exacte de la zone hyperesthésiée, la compression a été bien exercée sur tous les points périphériques très douloureux.

Les régions les plus favorables à ce mode de traitement sont celles où les nerfs peuvent être comprimés sur des plans osseux, comme il arrive dans les cas les plus fréquents de névrite traumatique survenant à la suite de blessures des extrémités des membres. Sur les dix observations du mémoire de M. Delorme, six ont trait à des névrites consécutives à des blessures du pied, des doigts et du poignet, une à un traumatisme de la jambe et les trois autres à des traumatismes du cou, de la face et de l'épaule.

Dans les cas où les nerfs sont profonds, sans rapport immédiat avec un plan osseux, la compression serait peut-être moins facile et moins efficace. M. Delorme ne l'a point tentée dans ces conditions, n'en ayant pas trouvé l'occasion. Le raisonnement à défaut des faits montre encore une fois qu'elle est là le plus souvent utilisable.

La compression forcée peut être utilisée aussi avantageusement contre des accidents très anciens de névrite périphérique, comme il appert de la première observation du mémoire, la plus typique et la plus intéressante de la série. Il s'agit d'un blessé de la guerre de 1870, porteur d'une cicatrice chéloïdienne douloureuse du cou, consécutive à une blessure par coup de feu. Une balle, entrée au niveau de la commissure gauche, était ressortie du même côté par la partie latérale du cou, au niveau du bord postérieur du sterno-mastoïdien. Cette plaie de sortie laissa une chéloïde de 4 centim. de long environ sur 3 de large qui, pendant *vingt-trois ans*, fut le siège de douleurs continues contre lesquelles vinrent échouer les interventions chirurgicales les plus variées (caustique de Vienne, bistouri, galvano-cautère, thermocautère, etc.). C'est sur ce malade que, pour la première fois, M. Delorme eut l'idée de détruire le tissu nerveux de la cicatrice par une compression des plus énergiques. La saisissant entre le pouce et l'index de chaque main, il la pressa de toutes ses forces. *Après deux séances*, espacées de quatre jours, *les douleurs avaient complètement cessé. La guérison s'est maintenue depuis trois ans.*

Dans les neuf autres observations, les accidents étaient de date plus récente, mais presque tous ces malades avaient déjà été longuement traités sans succès ; chez tous, la compression forcée, après une ou deux séances, assura la guérison définitive.

Dr DOUBRE.

(*Le Bulletin médical*).

TRAITEMENT DE L'ÉCLAMPSIE.

Dans le congrès de gynécologie et d'obstétrique tenu à Genève, la question du traitement de l'éclampsie ayant été agitée, nous reproduisons de l'Union Médicale, le compte-rendu relatif à ce sujet. Nos lecteurs y liront avec intérêt l'opinion des praticiens de l'Europe.

Voici les conclusions du rapport de M. le Dr CHARPENTIER, de Paris :

1^o Toute femme enceinte albuminurique étant exposée à être prise d'éclampsie, et le régime lacté donnant des résultats merveilleux contre l'albuminurie et l'albuminurie gravidique en particulier, on doit examiner avec le plus grand soin les urines des femmes enceintes, et si l'on y constate la présence de l'albumine, si minime que soit la quantité de cette albumine, il faut instituer d'emblée le régime lacté absolu et exclusif. C'est le traitement préventif par excellence de l'éclampsie.

Dans les cas où les femmes présenteront de l'œdème sans albuminurie, il y a avantage, sinon nécessité absolue, à prescrire le régime lacté.

2^o Toutes les fois que l'on se trouvera en présence d'une éclamptique, débiter, si la malade est forte, vigoureuse et très cyanosée, par une saignée de 300 à 500 grammes, puis administrer la médication chloralique et faire prendre du lait par la voie stomacale, au besoin à l'aide de la sonde œsophagienne.

3^o Combattre les accès eux-mêmes par des inhalations de chloroforme, et favoriser la diurèse par des injections sous-cutanées de sérum artificiel.

4° Si la femme est plus délicate, les phénomènes de cyanose peu marqués, les accès peu fréquents, se borner à la médication chloralique.

5° Attendre que le travail se déclare spontanément et laisser l'accouchement se terminer seul, toutes les fois que cela sera possible.

6° Si, le travail s'étant déclaré spontanément, l'accouchement ne se termine pas, parce que les contractions utérines sont trop faibles ou trop lentes, terminer l'accouchement par une application de forceps, ou une version suivie de l'extraction si l'enfant est vivant : par une céphalotomie, une basiotripsie, une cranioclasie si l'enfant est mort.

7° Attendre pour intervenir ainsi que l'état des parties maternelles soit tel (dilatation complète ou tout au moins dilatabilité du col) que cette intervention puisse se faire impunément, c'est-à-dire sans violence et par suite sans danger pour la mère.

8° Réserver l'accouchement provoqué pour quelques cas exceptionnels.

9° Rejeter absolument l'opération césarienne, l'accouchement forcé, comme méthodes courantes du traitement de l'éclampsie.

N'avoir recours à ce dernier mode de traitement qu'en cas d'insuccès de toute espèce de traitement médical, et lorsque la mère semble vouée à une mort certaine, en un mot, comme une ressource ultime en un cas désespéré.

M. F. Halbertsma (Utrecht), corapporteur.

Dans la thérapie de l'éclampsie, la question la plus importante me semble toujours celle-ci : à la fin de la grossesse ou au commencement du travail faut-il attendre ou provoquer l'accouchement. Nous nous occuperons uniquement de cette question.

Pour les cas mentionnés plus haut, il sera d'ordinaire indiqué que l'accoucheur intervienne activement :

1° Lorsque le pronostic paraît extrêmement grave à cause d'une anurie complète, de la fréquence et de l'intensité des accès convulsifs.

2° Lorsque rien ne fait prévoir que le travail va commencer.

3° Lorsqu'il y a lieu de croire que le travail commencé sera long et difficile, comme par exemple lorsqu'il s'agit de primipares : soit qu'on ait affaire chez une personne âgée, à une grossesse multiple, à un rétrécissement du bassin.

Il faut déconseiller de différer l'intervention active, jusqu'à ce que le pouls soit devenu fréquent et faible ; mais il est à remarquer que, même dans ces conditions, on peut obtenir un résultat favorable.

A la fin de la grossesse, l'accoucheur aura de préférence recours à l'opération césarienne. Au commencement du travail, il débridera profondément le col et appliquera la méthode de Dührssen.

M. L. Mangiagalli, corapporteur.

1^o Le traitement préventif est à recommander, en ce qu'il combat ces conditions qui sont l'expression de l'auto-intoxication gravidique. Il l'est d'autant plus que l'intensité de ces conditions augmente. Il s'adresse avant tout à l'albuminurie, particulièrement chez les primipares, mais, outre cela, à beaucoup de dérangements gastriques, à des troubles nerveux. Le lait, associé aux désinfectants du contenu intestinal, augmente la diurèse, améliore les fonctions de la peau, stimule l'action du cœur et constitue le remède prophylactique souverain de l'éclampsie.

2^o Le traitement médical, qu'il soit représenté par la saignée, par les drastiques, par la morphine, par le chloral, par le chloroforme, par le *veratrum viride*, par les diaphorétiques, est un traitement essentiellement symptomatique plutôt qu'il ne s'attaque réellement à la maladie. Il constitue, en tout cas, l'unique traitement possible dans l'éclampsie *post-partum*, et il est un moyen précieux dans l'attente des conditions permettant l'intervention obstétricale.

La saignée, suivie d'injections sous-cutanées ou endo-veineuses de solution physiologique de chlorure de sodium, est une méthode thérapeutique qui s'appuie sur des considérations rationnelles et qui possède des faits cliniques en sa faveur, mais ceux-ci sont trop peu nombreux et n'en permettent pas jusqu'à présent une appréciation exacte.

3^o L'évacuation rapide de l'utérus constitue le point le plus important du traitement de l'éclampsie, mais il faut tenir compte, d'un côté, de la gravité du cas, de l'autre, des dangers de l'intervention.

4^o Dans l'éclampsie *intra partum*, c'est une bonne règle de terminer l'accouchement quand les conditions le permettent et de préparer les voies au moyen d'incisions multiples du col de l'utérus quand celui-ci est effacé et quand la dilatation n'est pas suffisante.

5^o Les moyens suivants sont indiqués dans l'éclampsie de la grossesse: provocation de l'accouchement moyennant la rupture des membranes, usage de la morphine, du chloral ou du *veratrum viride* à fortes doses, qui seront d'autant plus efficaces qu'ils seront administrés plus près du début de l'éclampsie, jusqu'à ce qu'il y ait les conditions indiquées au n^o 4. Si le cas est grave, le danger menaçant et que, malgré la rupture des membranes, associée aux moyens indiqués, on ne peut espérer pouvoir temporiser jusqu'à l'effacement du col, la dilatation de quelques centimètres, si le col est raccourci et ramolli, la dilatation forcée peut, à mon avis, trouver une application plus étendue et plus facile que les incisions profondes selon Dührssen. Dans les cas de la même catégorie, mais dans lesquels le col n'est pas ramolli, ou s'il existe des conditions qui rendent particulièrement difficile ou contre-indiquée l'intervention mentionnée,

l'opération césarienne peut avoir sa justification, tout spécialement quand le fœtus est à terme et vivant.

6^o Toute intervention doit être faite dans la narcose chloroformique profonde.

M. de Veit (de Leyden), corapporteur.

1^o Il est impossible d'établir sur les données actuelles un traitement unique de l'éclampsie.

2^o Il y a un grand nombre de cas d'éclampsie qui guérissent par un traitement quelconque.

3^o Il n'est pas encore prouvé que l'accouchement forcé provoqué pendant l'anesthésie complète (dilatation du canal parturient au moyen des sacs de caoutchouc, incisions, opération césarienne) puisse améliorer le pronostic.

4^o Nous ne possédons pas assez de cas traités par la saignée pour formuler des conclusions.

5^o Le traitement systématique par des doses élevées de morphine semble être celui qui donne les meilleurs résultats.

6^o Tant que la pathologie de l'éclampsie ne sera pas mieux connue, il n'y aura pas, croyons-nous, de traitement rationnel : il est plus que probable que la maladie reconnaît différentes causes.

7^o Ce qui nous paraît donner les meilleurs résultats, c'est le traitement mixte : accélérer prudemment le travail, rompre les membranes, accoucher la malade après dilatation complète des parties molles, administrer de fortes doses de morphine qui diminuent le nombre des accès, éviter l'administration par la bouche des remèdes aux malades inconscientes, produire la diaphorèse par des moyens extérieurs.

8^o Il n'y a pas de raison pour considérer l'éclampsie comme tellement dangereuse pour elle-même, qu'il faille recommander d'une manière absolue des opérations exigeant une main exceptionnellement habile.

9^o Dans des cas exceptionnels seulement, il faut avoir recours à une opération de grande chirurgie.

M. Charles (de Liège), co-rapporteur.

1^o L'éclampsie puerpérale n'est pas une entité morbide, pas plus que l'éclampsie des enfants ; comme celle-ci, elle a diverses causes et elle est plus ou moins grave selon son origine.

2^o Ce syndrome peut être simplement de nature réflexe ; il peut être aussi le résultat d'un trouble circulatoire, selon la théorie de Traube-Rosenstein ; mais il est le plus souvent amené par une intoxication du sang et des tissus (toxémie), résultant d'habitude de l'accumulation dans l'organisme de plusieurs produits de désassimilation (toxines), normalement

évacués par les principaux émonctoires (reins, foie), dont les fonctions sont entravées ou perverses par suite de lésions diverses.

3^o Chez la plupart des femmes enceintes, à l'état normal, il y a un certain degré d'auto-intoxication semblable puisque, malgré l'assimilation plus active, les urines renferment moins d'urée, etc., qu'à l'état de vacuité : c'est l'auto-intoxication gravidique ordinaire.

4^o Si les reins, le foie, etc., sont lésés, fonctionnent irrégulièrement, la surcharge toxique est d'autant plus accentuée et peut arriver au point de produire des accidents graves, dont l'éclampsie est un des principaux.

5^o D'autres accidents graves (dyspnée, coma, paralysie, etc.) peuvent se présenter sans convulsions et amener la mort : je désigne ces cas sous le nom d'éclampsie fruste.

6^o La toxémie d'origine rénale est la plus commune et coïncide le plus souvent avec l'albuminurie et divers œdèmes.

L'albuminurie ne peut pas être considérée comme la cause de l'éclampsie puerpérale, mais simplement comme un symptôme morbide ayant la même origine.

7^o L'expérience démontre que, dans la plupart des cas, l'éclampsie toxique éclate chez des femmes plus ou moins albuminuriques et souvent très albuminuriques et infiltrées.

Par conséquent, c'est un signe précurseur assez important pour ne pas être négligé. Il doit même, à mon avis, attirer l'attention du praticien au premier chef, et plus encore, s'il y a œdème des membres inférieurs, des cuisses, des mains, de la figure.

8^o Mes statistiques démontrent que :

a) Il y a 1 éclampsie sur 151 accouchements, et l'éclampsie donne une mortalité maternelle de 24,42 %, et infantile de 44,83 %.

b) Il y a 1 éclampsie sur 92 primipares, et seulement 1 sur 373 multipares ; mais la gravité est encore plus grande chez les deuxièmes que chez les premières (27,65 % et 23,37 %).

c) L'éclampsie est beaucoup plus grave pendant la grossesse et le travail qu'après l'accouchement (27,73 % et 3 %).

d) Il y a près de 1 albuminurie sur 40 femmes (1 sur 25 primipares et 1 sur 75 multipares), et sur 4 albuminuriques, 1 est atteinte d'éclampsie (1 sur 3 1/2 primipares et 1 sur 7 multipares).

e) L'éclampsie sans albuminurie est rare (une fois sur neuf) ; dans mes observations elle a éclaté alors après l'accouchement, et toutes les femmes ont guéri.

f) L'albuminurie seule (sans éclampsie) est accompagnée, très souvent, de divers accidents plus ou moins graves et mortels (sur 110 cas, il y a eu 8 femmes mortes, 20 enfants morts, 61 accouchements avant terme, 8 hémorragies *post-partum*, trois fois menaces de convulsions).

9° Le traitement médical n'a qu'une importance secondaire dans l'éclampsie grave, toxémique, pendant la grossesse et l'accouchement. La soustraction des liquides plus ou moins toxiques, à l'aide de purgatifs, de la diaphorèse, de la saignée, suivie ou accompagnée de leur remplacement par diverses voies (stomacale, rectale, sous-cutanée, intra-veineuse), dans le but d'opérer un lavage ou une désintoxication du sang et des tissus, n'a qu'une action douteuse.

10° Les calmants du système nerveux les plus employés (chloroforme, morphine, chloral), ont une action réelle, mais pas essentiellement curative.

11° La terminaison de l'accouchement est désirable dans tous les cas et s'impose à bref délai dans les cas graves. Il faut donc, dès le début des accès, agir en conséquence pour stimuler au besoin et accélérer toujours le travail. Dans des conditions spécialement urgentes, on ne doit pas hésiter à pratiquer la dilatation artificielle du col (à l'aide des doigts, des incisions, des dilateurs hydrostatiques ou métalliques) pour extraire l'enfant sans retard ; si ces manœuvres d'accouchement forcé paraissent difficiles, trop lentes ou impossibles sans d'énormes délabrements, on se résoudra à l'opération césarienne.

12° L'éclampsie *post-partum*, est légère dans la grande majorité des cas, et ne réclame que des calmants à doses modérées.

13° La prophylaxie doit primer toute la question des convulsions puerpérales : elle comprend d'abord l'hygiène habituelle de la grossesse, spécialement le bon fonctionnement des émonctoires (intestins, reins) ; ensuite, et surtout l'examen des urines, au point de vue de l'albuminurie.

14° Toute femme enceinte albuminurique doit suivre un traitement régulier et plus ou moins actif, dont le régime lacté est la base.

15° En cas d'insuccès ou de danger pressant, l'accouchement prématuré artificiel est indiqué, et donne d'excellents résultats (toutes les mères guéries et 75 % des enfants sauvés dans ma statistique).

M. Byers (de Belfast), corapporteur.

L'éclampsie est caractérisée par des convulsions qui surviennent soudainement pendant la grossesse, le travail ou après l'accouchement. J'exclus les cas d'épilepsie gravidique et les convulsions d'origine cérébrale. L'étiologie et la pathologie de l'éclampsie sont encore obscures, mais j'attirerai votre attention sur un changement d'opinion chez les médecins anglais, sur deux points :

1° Ils ne croient plus maintenant que les convulsions soient toujours dues à une maladie des reins.

2° Ils attachent actuellement beaucoup plus d'importance à l'influence du fœtus comme cause de convulsions.

L'hypothèse la plus probable est que les convulsions sont causées par un poison élaboré par l'organisme de la mère et par celui du fœtus, et qui, dans l'état normal des organes excréteurs, est, s'il n'est pas trop abondant, éliminé sans produire d'accidents. Lorsque ces organes sont surchargés, et que, par suite des efforts du travail, le rein est surtaxé, le poison n'est pas éliminé et son accumulation agit sur les centres nerveux; le même accident peut se produire si les fonctions des organes éliminateurs sont gênées, comme dans la constipation ou lorsque le rein se trouve dans l'état que Leyden a décrit comme étant spécial à la grossesse, ou encore lorsque le rein et le foie présentent une dégénérescence parenchymateuse causée peut-être par la circulation du poison dans leurs tissus. Partant de cette hypothèse, je divise le traitement de l'éclampsie comme suit :

1^o Traitement de l'accès ?

Morphine en injections hypodermiques. Il faut faire coucher la malade sur le côté, pour empêcher l'introduction des liquides dans le larynx et dans les poumons (l'œdème pulmonaire est une cause fréquente de mort dans l'éclampsie). Il faut prendre garde que la malade ne se blesse, qu'elle soit tenue chaudement, purgée abondamment, qu'elle ne prenne aucun liquide, et, suivant qu'elle a sa connaissance ou non entre les accès, lui faire prendre un bain chaud ou de vapeur.

2^o Se débarrasser du poison qui cause les convulsions ?

Même traitement : purgations, bains chauds, chaleur autour de la malade et abstinence de liquide.

3^o Traitement obstétrical ?

Si le travail n'a pas commencé, il faut traiter les convulsions tout en ayant soin de ne pas exciter l'utérus. Lorsque le travail a commencé, et que la malade en est à la période d'expulsion, il faut lui administrer du chloroforme et terminer rapidement l'accouchement. Dans la période de dilatation, si le col est dilatable, on peut accélérer l'accouchement au moyen de douches chaudes et de l'application des dilatateurs de Barnes ou de Champetier de Ribes ; au cas où le col serait rigide, il faudrait s'abstenir.

4^o Traitement prophylactique ?

Le repos, la diète lactée, les purgations et les bains chauds donnent les meilleurs résultats.

M. Parvin (de Philadelphie), corapporteur.

Dans le traitement de l'éclampsie, j'ai obtenu du *veratrum viride* des résultats supérieurs à ceux que me donnaient tous les autres médicaments. Le *veratrum viride* s'attaque à la cause de l'éclampsie qui est une toxé-

mie et remplit les indications symptomatiques. Il réduit la fréquence du pouls, augmente l'activité de la sécrétion des téguments, il abaisse la température et se trouve en même temps un excellent diurétique. Il m'a donné, chez les parturientes, d'excellents résultats dans la proportion de 92 %.

DISCUSSION.

M. TARNIER (de Paris). — Dans le traitement de l'éclampsie, il y a deux points à considérer : l'éclampsie avant l'attaque, l'éclampsie pendant l'attaque.

Comme traitement préventif, j'administre le régime lacté non seulement à toute femme albuminurique, mais à toute femme enceinte présentant des accidents nerveux quelconques, que l'on peut rattacher cliniquement à la toxicité du sang ; car la toxicité du sérum sanguin est la cause de l'éclampsie, que les urines contiennent ou non de l'albumine. J'ai voulu essayer le régime lacté mixte, mais je n'en ai pas eu de très bons résultats. De ma pratique personnelle, je crois pouvoir affirmer que le régime lacté absolu est indispensable. Il faut y ajouter l'administration du chloral à la dose de 3 à 4 grammes par jour.

Dans le traitement curatif, je base mon traitement sur cette idée directrice que l'éclampsie est le résultat de la toxicité du sérum sanguin. Pour atténuer cette toxicité, je combine à l'alimentation lactée, la saignée générale, l'emploi des purgatifs drastiques.

Si les malades ne peuvent avaler le lait, je me sers de la sonde œsophagienne. Comme purgatif drastique, je donne une goutte d'huile de croton dans une cuillerée à bouche d'huile de ricin ; j'attache une grande importance à cette saignée séreuse. Depuis quelque temps, j'essaie les injections sous-cutanées de sérum artificiel ; je n'ai pas employé les injections intra-veineuses.

La marche du traitement de l'attaque d'éclampsie est pour moi la suivante :

1^o Large saignée du bras ; 2^o purgatifs drastiques ; 3^o chloroforme, chloral ; 4^o régime lacté.

Cette méthode est celle que j'emploie depuis le commencement de l'année 1892. Mes résultats sont bien meilleurs qu'avant et je ne puis voir là qu'une simple coïncidence.

A la clinique d'accouchements, depuis 1834 à janvier 1896, on a observé 312 cas d'éclampsie : 116 femmes succombèrent, soit une mortalité de 37 %.

Sur 304 enfants, 183 moururent, soit une mortalité de 63 %. En décomposant cette statistique en périodes secondaires, j'observe que, de

janvier 1889 à janvier 1896, il y a 40 cas d'éclampsie, 9 morts, soit 22,6 ‰ de mortalité.

La mortalité des enfants fut 67 ‰.

En 1889, 1890, 1891, on constate 18 éclamptiques, 7 morts, soit 38 ‰; mortalité infantile, 66 ‰.

Dans cette période, on a employé comme traitement le chloroforme et le chloral, en y joignant parfois la saignée ou les sangsues aux apophyses martiennes. A partir de 1892, j'emploie le traitement formulé plus haut.

En 1892, 1893, 1894, 1895, 22 éclamptiques: 2 morts, soit 9 ‰; mortalité infantile, 77 ‰. La mortalité est donc infiniment moindre.

M. PAMARD (d'Avignon). — Ma pratique est la suivante: Comme moyen curatif, je commence toujours par une saignée copieuse de 800, 900, 1,000 grammes, puis j'ai recours au chloroforme. J'ai tenu des malades jusqu'à quarante heures sous le chloroforme sans avoir d'accidents. Au point de vue obstétrical, je suis d'avis de débarrasser l'utérus de tout ce qu'il contient: si le travail n'est pas commencé, je provoque le travail; si le travail est commencé, je dilate le col et extrais le fœtus dès que je puis passer. Dans les cas d'éclampsie *post-partum*, j'aurais volontiers recours au curetage pour débarrasser la cavité utérine des débris placentaires qu'il pourrait contenir.

M. LINDFORS (d'Upsala) présente au Congrès une préparation microscopique de cellules hépatiques trouvées dans le sang du cœur d'une femme morte d'éclampsie. Il a observé deux cas de ces embolies par cellules du foie.

Il emploie comme tout le monde le traitement par le régime lacté et le chloral, mais il croit qu'on n'aura de traitement spécifique de l'éclampsie que lorsqu'on sera fixé sur la véritable étiologie de cette affection.

M. AUDEBERT (de Bordeaux) insiste sur l'utilité de combiner, dans le traitement de l'éclampsie, la saignée avec les copieuses injections de sérum stérilisé, ou plutôt avec un véritable *lavage du sang*, méthode qui, entre autres avantages, a celui de substituer à une certaine quantité de sang toxique une masse plus considérable de liquide non toxique.

Quant au pronostic, un fait est aujourd'hui acquis, c'est que l'on rencontre souvent, à l'autopsie des éclamptiques, des hémorragies limitées ou diffuses dans le foie (Bouffe de Saint-Blaise, Chambrelent). Le caractère extérieur de ces complications hépatiques est l'ictère; or, ayant observé une trentaine de cas d'éclampsie, il a noté quatre fois de l'ictère, et sur ces quatre femmes ictériques, trois sont mortes; la nécropsie a révélé de grosses lésions hépatiques. C'est en s'appuyant sur ces observations qu'il considère l'apparition de l'ictère chez les éclamptiques comme un symptôme très grave.

M. CHALEIX-VIVIE (de Bordeaux). — Se plaçant au point de vue de la pratique courante, croit qu'on peut limiter la thérapeutique active de la

période d'accès d'éclampsie aux agents suivants : le *chloroforme*, qui fait la base du traitement ; le *chloral* qui, associé ou non au bromure de sodium, doit être donné à doses abondantes et répétées, par les voies stomacale et rectale ; la *saignée*, moyen précieux, trop souvent négligé et discuté. On aurait tort de limiter son indication aux femmes vigoureuses et pléthoriques. Il en a retiré de sérieux avantages chez des femmes chétives et débiles. Les abondantes *injections sous-cutanées d'eau salée* stérilisée sont un très utile adjuvant de la saignée. Elles atténuent les effets de la spoliation sanguine, et, par la diurèse, lavent l'organisme.

M. BOSSI (de Gênes). — Je crois que, s'il y a indication de vider la matrice, il faut préférer la dilatation forcée aux incisions du col et à l'opération césarienne.

M. PASQUALI (de Rome). — Pendant que j'étais chargé de la clinique obstétricale de Rome, j'ai observé 25 cas d'éclampsie sur lesquels il y a eu 5 cas de mort. Ma pratique est à peu près la même que celle qui est indiquée dans les rapports. Pour maîtriser l'attaque, j'ai recours aux injections de chlorhydrate de morphine et, dans les cas où je crains la congestion pulmonaire, j'emploie l'extrait fluide de *veratrum viride*.

M. DE CORTEJANERA (de Madrid). — J'emploie le traitement classique : régime lacté, petites saignées que l'on répète s'il y a lieu, chloral. Dans ma pratique personnelle, je rejette toute intervention active avant le début de l'attaque d'éclampsie, car les manipulations sur le col peuvent déterminer les attaques chez les femmes albuminuriques.

M. MORISANI (de Naples). — Je ne suis pas partisan de l'avortement quand l'éclampsie se déclare aux premiers temps de la grossesse. Dans les derniers mois de la grossesse, quand l'éclampsie se déclare, s'il y a un début de travail, il faut terminer l'accouchement ; s'il n'y a pas de commencement de travail, il faut avoir recours à l'accouchement forcé. Le meilleur instrument pour faire la dilatation du col, c'est la main ; au besoin, j'emploierai de petites incisions multiples du col, mais je proscriis absolument les longues incisions qui peuvent déterminer la rupture de l'utérus. Je préférerai au besoin l'opération césarienne aux longues incisions.

M. QUEIREL (de Marseille). — J'ai observé 29 cas d'éclampsie. 18 fois il s'agissait de primipares, 11 fois de multipares.

6 femmes succombèrent, 23 guérirent.

Sur 29 enfants, 17 moururent après l'accouchement, 2 ne furent pas expulsés. 10 survirent.

Toutes mes malades avaient été traitées par le chloroforme, le chloral, le régime lacté, puis avaient été saignées. six guérirent, deux succombèrent.

Sur 4 cas d'injection de sérum artificiel, deux cas de guérison, deux cas de mort.

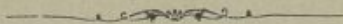
L'accouchement se termina 15 fois spontanément, 8 fois par une application de forceps, 1 fois par l'emploi du ballon de Champetier; trois femmes succombèrent sans que le travail se fût déclaré. Le moment d'apparition des accès a été très variable. Trois fois les accès survinrent au quatrième, septième et septième mois et demi, et déterminèrent la mort de la femme avant toute intervention (femmes apportées *in extremis*).

Deux fois les accès ont apparu seulement au moment du travail.

Quatre fois l'éclampsie n'est apparue qu'après le travail.

M. Bossi (de Gênes).— Il y a indication, en cas d'éclampsie, de vider la matrice, et, pour ce faire, il faut préférer la dilatation forcée aux incisions du col et à l'opération césarienne; pour pratiquer la dilatation forcée, après de nombreuses recherches, j'ai fait construire le dilatateur que je présente et qui offre comme avantages: 1^o de pouvoir être appliqué avec un succès certain, même dans un col non raccourci et fermé, comme cela peut se rencontrer chez une primipare; 2^o de donner à l'accoucheur l'assurance de pouvoir toujours obtenir une dilatation suffisante pour l'extraction du fœtus, en un laps de temps plus ou moins court, selon les indications. Dans les cas très graves, la dilatation complète peut être obtenue en l'espace de quinze à vingt minutes; 3^o enfin de provoquer des contractions même dans un utérus tout à fait inerte.

Sur 38 cas d'éclampsie traités par ma méthode, je n'ai eu que 2 décès et je n'ai jamais observé de déchirures du col avec l'emploi de mon dilatateur.



DE L'INJECTION DU SÉRUM

DANS LA PESTE.

M. Henri Monod informe l'Académie que M. Yersin a obtenu à Anoy 20 guérisons sur 22 cas de peste bubonique, au moyen des injections sous-cutanées du sérum qu'il a préparé.

« Après le départ de Canton du Dr Yersin, écrit le consul de France à Haïphong, M. Chausse a pratiqué la même opération sur deux autres élèves également atteints de la peste bubonique, qu'il a guéris.

« Après s'être assuré par l'intermédiaire de notre agent consulaire à Anoy que des cas de peste étaient nombreux dans cette ville, le Dr Yersin s'y est rendu le 2 juillet.

« Il y a séjourné dix jours, pendant lesquels il a obtenu 20 guérisons de la peste bubonique sur 22 cas traités par des injections sous-cutanées du sérum de l'Institut Pasteur.

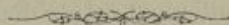
« Le Dr Yersin a laissé aux médecins chinois d'Anoy quatorze flacons de sérum et leur a enseigné la manière de l'employer.

« Ne possédant plus de sérum, le Dr Yersin se décide à retourner à Nha-Irang (Annam), où il obtiendra aussitôt du sérum de quelques-uns des chevaux qu'il a inocués avant son départ.

« On peut actuellement considérer l'efficacité du sérum Yersin pour la guérison de la peste bubonique comme un fait démontré scientifiquement.

« Il en résulte qu'en organisant la production d'une quantité suffisante de sérum, on doit réussir, si le gouvernement chinois adopte les mesures nécessaires, à faire disparaître la peste bubonique des régions de la Chine, où cette horrible maladie est endémique. »

(L'Union Médicale).



SUR L'INTERVENTION CHIRURGICALE

dans les péritonites de la fièvre typhoïde

Par M. DIEULAFOY.

Voici les conclusions de ce travail :

1^o Il y a des péritonites par perforation qui surviennent de préférence pendant la période d'état ou pendant les rechutes de la fièvre typhoïde. La perforation peut atteindre l'iléon, le cæcum, l'appendice du côlon. Ces péritonites par perforation ne sont pas seulement l'apanage des fièvres typhoïdes intenses; on les observe également dans les formes légères. Les symptômes qui annoncent la péritonite par perforation ne peuvent n'être qu'ébauchés, mais qu'ils soient intenses ou légers, il y a habituellement un signe précieux : c'est la chute brusque de la température qui s'abaisse jusqu'à l'hypothermie. Les péritonites par perforation sont extrêmement graves; néanmoins elles peuvent être enrayées dès leur début par des adhérences qui limitent à temps la perforation.

« 2^o Il y a des appendicites para-typhoïdes qui surviennent habituellement dans le décours ou pendant la convalescence de la fièvre typhoïde. Ces appendicites sont généralement accompagnées d'une reprise de la fièvre et d'une élévation de température, ce qui les distingue des péritonites par perforation. Elles évoluent comme une appendicite banale; le processus infectieux peut limiter son action à la simple attaque appendiculaire, sans la moindre péritonite; il peut également (avec ou sans perforation secondaire de l'appendice), aboutir à toutes les complications de l'appendicite : péritonites enkystées, péritonite généralisée, abcès du foie, abcès à distance.

« 3^o La soi-disant péritonite typhoïde par propagation, telle qu'on la comprenait depuis Thirial, n'existe pas.

« *Traitement.* — Le traitement est de deux sortes : médical et peu efficace; chirurgical et plus souvent à conseiller, en ayant soin de séparer les différentes espèces de péritonites typhoïdes :

« 1^o Au cas d'appendicite typhoïde et de péritonite typhoïde appendiculaire, l'opération se fait dans les meilleures conditions; elle donne les meilleurs résultats pourvu que l'intervention soit faite en temps voulu.

« 2^o Au cas de péritonite typhoïde par perforation, l'opération donne au malade quelques chances de salut. La difficulté est de saisir le moment opportun de l'intervention.

« 3^o Malgré les ulcérations intestinales la suture de l'intestin aboutit à la cicatrisation de la perforation; l'intervention chirurgicale est donc légitime, car elle est motivée.

(*L'Union Médicale*).

COMPTES-RENDUS

DE LA

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 2 Octobre 1896.

Présidence de M. Kambouroglou (président).

M. LE PRÉSIDENT fait part à la Société du 50^{me} anniversaire de l'emploi du chloroforme en chirurgie par le Dr Simpson, découverte qui a fait faire d'immenses progrès à cette branche de la médecine. A cette occasion, il propose d'inviter M. le Dr Akestoridès à rédiger un mémoire sur cette belle découverte, mémoire qui serait lu en séance à la Société. Cette proposition est acceptée.

M. LE PRÉSIDENT rapporte un cas fort curieux de fracture de l'os tibial causée par arme à feu. L'intérêt de ce cas consiste en ce que l'on constate sur le même os, sans solution de continuité, l'orifice d'entrée et l'orifice de sortie du projectile.

M. BRATSANO cite une double luxation de l'épaule chez un individu qui fit une chute sur les deux mains, observation très rare qui serait, dit-il, presque unique dans la science.

A propos des maladies régnantes, M. Bratsano dit avoir observé, pendant les trois mois de vacances, à Ortakeuy, divers cas de catarrhe gastro-

intestinal fébrile et non fébrile. Pas de fièvre typhoïde; et, tout récemment, quelques cas de dysentérie, d'angine et de bronchite.

MM. RITZO ET PEPPÒ ACCHIOTÉ ont observé de nombreux cas de furonculose, dont quelques-uns graves et anthracoïdes. En outre, M. Acchioté a observé quelques cas de scarlatine, de diphtérie, et plusieurs cas de variole, de varioloïdes et de varicelles.

M. LE PRÉSIDENT attribue la fréquence des furoncles pendant cet été à la sécheresse par manque de pluie qui irrite la peau, les poussières aidant. Il rapporte aussi, d'après les observations du service interne de l'hôpital allemand dirigé par M. le Dr Mordtmann, quelques cas de scarlatine, de diphtérie, 2 à trois cas de fièvre typhoïde, et, pendant ces derniers 15 jours, beaucoup de catarrhes de la gorge, du larynx, des trachéites, et quelques cas de dysentérie.

M. APÉRY rappelle le traitement préventif de la péripneumonie du bœuf (inoculation du suc des poumons dans la queue de l'animal), préconisé par Willems de Belgique, et qui donne de très bons résultats. Il rappelle qu'il y a plus d'un mois, M. le Dr Const. Kélaïdītis, médecin municipal en Asie Mineure, avait fait remarquer le succès avec lequel cette même méthode y est employée par le peuple depuis plus d'un siècle.

M. LE PRÉSIDENT engage M. Apéry d'inviter M. Kélaïdītis à faire une communication plus détaillée sur ce sujet.

Sur ce, la séance est levée.

★★

Séance du 9 Octobre 1896.

Présidence de M. Kambouroglou (président).

M. TH. AKESTORIDÈS. — M. Berthelot ayant fait, à l'Académie des sciences de Paris, une conférence à l'occasion du centenaire de la mort de Lavoisier, y émit le vœu d'ouvrir une souscription pour l'élévation d'un monument à l'immortel chimiste. En France, à l'étranger, de tous les côtés, on s'est empressé de prendre part à cette œuvre. M. Akestoridès trouve que la Turquie devrait également répondre à cet appel. Une notice devrait aussi être faite sur les travaux du célèbre chimiste.

M. LE PRÉSIDENT, d'accord avec S. E. Mavrogéni pacha, propose d'insérer dans la *Gazette* un appel relatif à ce sujet et de faire circuler une liste de souscription parmi les confrères (Adopté). Quant à la notice bibliographique, c'est M. Th. Akestoridès qui est chargé de la rédiger.

M. LE PRÉSIDENT rapporte, d'après les observations du service interne de l'hôpital Allemand, quelques cas de scarlatine assez bénins, à Péra, et se demande si ce n'est pas le commencement d'une petite épidémie.

M. PEPPU ACCHIOTÉ rapporte beaucoup de cas de varicelle et de varioloïdes chez des personnes qui avaient été vaccinées 3, 4 et 5 années auparavant.

M. BRATSANO cite un cas mortel de variole grave hémorrhagique observé, il y a 2 ans, chez une femme albanaise qui n'avait jamais été vaccinée. Quant à l'espace des revaccinations, il faudrait, dit-il, d'après son expérience personnelle, le réduire à 2 ans, car il a revacciné, avec succès complet, plusieurs personnes après cet intervalle de temps, ce qui indiquerait que l'immunité conférée par la 1^{re} vaccination s'était déjà éteinte.

★★

Séance du 16 Octobre 1896.

Présidence de M. Limarakis (vice-président).

M. TRANTAS présente un malade atteint d'une kératite interstitielle hérédo-syphilitique du côté gauche et de lésions périphlébitiques au fond de l'œil à droite. Cas des plus intéressants, surtout en ce qui concerne la périphlébite rétinienne développée dans l'œil droit, car cette maladie, rare dans la syphilis acquise, est d'une rareté absolue dans la syphilis héréditaire.

M. BRATSANO rapporte une observation de clonisme ou de tic à frigore, ayant duré 8 jours chez un homme âgé de 21 ans. Comme traitement: des bains chauds, et, à l'intérieur, de l'antipyrine et du bromure de potassium.

M. BISTIS fait une communication sur un cas d'épithélioma du limbe scléro-cornéen. La tumeur qui paraissait appartenir à la cornée, n'étant que très peu adhérente à cette membrane, a pu être facilement extirpée

à l'aide d'une lance coudée. Après son ablation, la cornée est restée transparente.

M. TRANTAS rapporte un cas de tumeur maligne du limbe scléro-cornéen, chez un enfant de 12 ans environ.

M. APÉRY, rappelant que l'on a récemment fait une statistique contre la transmissibilité du diabète sucré entre conjoints, relate à ce propos une observation personnelle de diabète survenu dans un ménage entre les deux époux; il a trouvé chez le mari l'existence du sucre dans les urines, 3 ans après la constatation du diabète chez la femme.

M. KELAÏDITIS, par un tour de faveur, fait une communication sur une méthode de vaccination employée par les habitants de l'Asie Mineure contre la péripneumonie du bœuf, méthode qui offre la plus grande ressemblance avec le procédé récemment communiqué par Willems, de Belgique.

★★

Séance du 23 Octobre 1896.

Présidence de M. Kambouroglou (président).

M. BISTIS fait une communication sur le sarcome du limbe scléro-cornéen, dans laquelle il résume tout ce que les différents auteurs ont dit sur la possibilité de l'existence d'un sarcome dans cette région.

A propos des maladies régnantes, M. Bratsano dit avoir observé quelques cas de scarlatine, de variole et de varioloïde.

M. TRANTAS rapporte 5 à 6 cas d'ophtalmie blennorrhagique observés à l'hôpital grec et dont quelques-uns avaient la forme diphtéroïde; c'est peut-être, dit-il, une simple coïncidence qu'il ait eu à observer ces cas dans un laps de temps si court.

M. LIMARAKIS rappelle que la diphtérie sévit toujours sporadiquement dans certains quartiers et qu'elle devient épidémique à l'approche de l'hiver. Il déplore que notre ville est si mal pourvue de sérum antidiphtérique. Le peu de flacons, tous de provenance française, qu'il ait pu trouver, étaient troubles et avaient 2 à trois mois d'existence.

M. APÉRY fait ressortir que, d'après les recherches de Roux et de Behring, le sérum peut se conserver 5 à 12 mois; seuls les flacons troubles doivent être rejetés. Si M. Limarakis aurait eu recours au sérum de Berne,

préparé par le Prof. Tavel, il aurait eu lieu de s'en féliciter car c'est un sérum irréprochable.

M. PEPPO ACCHIOTÉ cite un cas de tétanos probablement idiopathique. Il relate ensuite 4 cas d'anasarque avec albuminurie, provoqués très probablement par une scarlatine préexistante, qui avait passée inaperçue.

M. APÉRY dit que, d'après ses recherches publiées il y a 11 ans, l'uroglaucine, substance qui ressemble à l'indigotine végétale, se rencontre constamment dans le sédiment des personnes atteintes de la scarlatine.

La séance est levée.

★★

Séance du 30 Octobre 1896.

Présidence de M. Kambouroglou (président).

M. MENAHEM HODARA présente un malade, âgé de 41 ans, atteint au front et à l'avant-bras droit jusqu'au coude, de plaques érythémateuses profondément infiltrées, rouges, et très dures. Leur persistance depuis 4 mois, sans aucune altération, ni rétrocession curative, l'anesthésie observée à leur niveau et l'épaississement du nerf cubital font soupçonner la lèpre à M. Hodara qui, cependant, fait son diagnostic avec la plus grande réserve, n'ayant pas fait encore l'examen microscopique d'une pièce, le malade se refusant à toute opération.

S. E. DJÉMIL PACHA présente à la Société le malade auquel il avait pratiqué, il y a quelques mois, la splénectomie, et qui est actuellement complètement guéri. Il ne présente ni hernie, ni éventration. Le nombre des globules blancs, qui était de 17 sur 400, est aujourd'hui à l'état normal.

M. BRATSANO rapporte 4 cas de scarlatine, 1 cas de varicelle, et 1 cas de scarlatine compliquée de fièvre typhoïde.

S. E. DJÉMIL PACHA relate 3 cas d'appendicite dont 2 sont morts et un a spontanément guéri : les trois malades avaient refusé toute intervention. L'année passée, sur 3 cas d'appendicite opérés, il a eu 2 guérisons. Il se demande quelles seraient les indications de l'intervention, étant donné qu'il existe plusieurs cas de guérison spontanée.

M. LE PRÉSIDENT trouve qu'il faut distinguer entre les cas de perforation de l'appendice dans la cavité péritonéale et la production d'une

inflammation avec exsudat à la suite d'une ulcération ayant rongé la paroi de l'appendice jusqu'à sa couche péritonéale ; ce sont ces dernières qui guérissent spontanément. Pour les cas de perforation ou de suppuration, il faut absolument intervenir ; mais un grand nombre de chirurgiens interviennent pour tous les cas indistinctement.

Vu l'importance du sujet et après avoir consulté la Société, M. le Président met l'appendicite à l'ordre du jour de la séance prochaine.

P. APÉRY.

FORMULES

Manière d'empêcher les cicatrices varioliques.

D'après l'expérience de M. le Dr Th. Faure, médecin-chirurgien de l'hôpital de la Chaux-de-Fonds, un moyen qui ne laisserait rien à désirer (ainsi que notre confrère a eu l'occasion de s'en convaincre chez une vingtaine de varioleux) pour empêcher les cicatrices varioliques de la face d'être trop visibles, serait la formule suivante :

Iodoforme	2 grammes.
Collodion	30 —

F. S. A. — Pratiquer avec ce mélange, sur les éruptions siégeant à la face, au cou et aux mains, des badigeonnages répétés à de courts intervalles.

Les malades ainsi traités resteraient indemnes de toute trace de cicatrices varioliques.

Gargarisme antiseptique (M. E. DARBOUET).

Liquueur de van Swieten	{	à à 125 grammes.
Eau chloroformée		
Essence de menthe		Q. S.

Mêlez. — Usage externe.

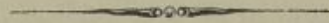
Ce gargarisme réussirait bien contre les angines infectieuses, les stomatites et les périostites alvéolo-dentaires.

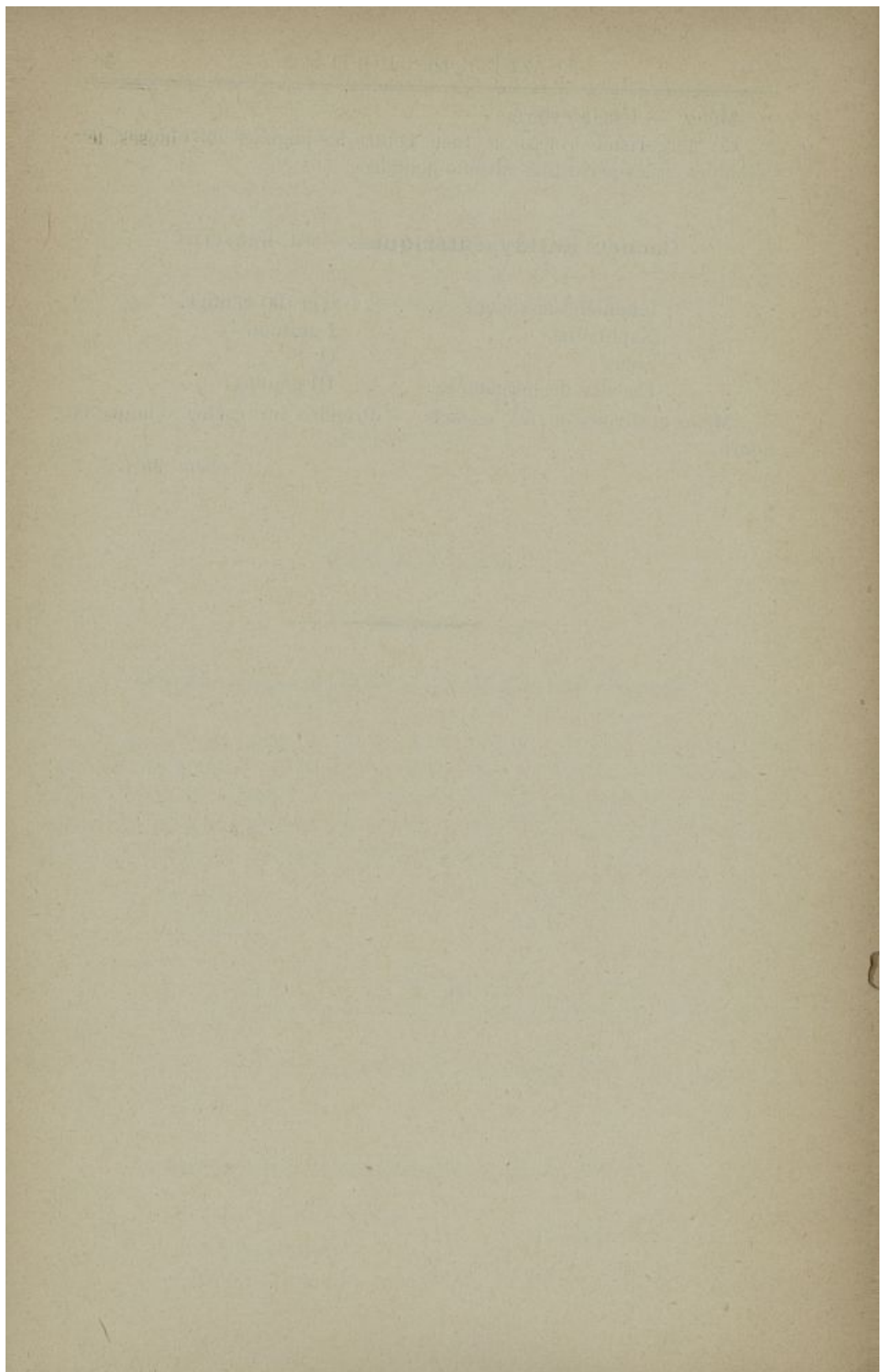
Cachets antidysentériques. — (M. KARTULIS).

Calomel à la vapeur.	0 gr. 50 centigr.
Naphtaline.	1 gramme.
Sucre	Q. S.
Essence de bergamote	III gouttes

Mêlez et divisez en dix cachets. — Prendre un cachet d'heure en heure.

(*Sem. Méd.*)





مشاهده اولان مفلوجیت و عصب زندینک کشافی هودارا افندی به جذام حقنده شبهه ایرات ایدرلر و فی الواقع مومی الیه قید احتیاط الیه تشخیص مزبوری قبول ایدرسده هنوز خسته هیچ بر عملیات قبول ایتدیکندن معاینه خرده بینیه اجرا ایدلماشدر .

سعادتلو جمیل پاشا حضرتلری جمعیه چند ماه مقدم خذع طحال اجرا ایدوب الیوم تماماً شفایات اولان بر خسته بی ارئه ایدر . مرقوم نه فق و نه خروج احشا ابراز ایتمز . عدد کریوان بیضا ۴۰۰ ده ۱۷ لیکن الیوم حال طبعیده در .

براجانو افندی ۴ عدد قرمزیه و قوعاتی ۱ شبه جدری ۱ حما شبه تیغ و ایله مختلط قرمزیه ذکر ایدر .

سعادتلو جمیل پاشا حضرتلری ۳ عدد التهاب زیل دودی و قوعاتی بیان ایدرکه بونلردن ایکسی وفات ایدوب بریدی آتی اوله رق شفایاب اولمشدر خسته لک هر اوچیده عملیاته راجی اولماشدر ایدی کچن سنه عملیات ایدیلن ۳ التهاب زیل دودیدن ایکسی شفایاب اولمشدر ایدی .

مشار الیه حضرتلری مادامکه نیقسه شفایاب اولان و قوعات نادر اولدقلردن عملیاتی ایجاب ایتدیرن اسبابک نه ایدوکنی استفسار ایدر .

رئیس افندی زیل دودینک درون جوف بریطونه تنقی خصوصاتیله زیل دودینک جدارینی طبقه بریطونیه دکن اکل ایدن بر قرحی متعاقب مع نخه بر التهابک تحصیلی تفریق ایدلک لازمکلیدیکنی بیان ایدرک بو مثللو قرحه و قوعاتک بردنبره شفایاب اوله بیلدکرینی ذکر ایدر . تنقب ویا تقیح خصوصاتنده صورت قطعیده عملیات ایدلک لازم کلورسده بر طاقم جراحلر هر خصوصده بلا تفریق عملیات ایدرلر .

مسئله نک اهمیتی نظر مطالعه الیه رق رئیس افندی اعضاء جمعیتک انضمام رأیله التهاب زیل دودی بی اجتماع قریب ایچون مدار مباحثه عد ایدر . اجتماع طاغیلور .

بیهر آهیری

فی ۲۳ تشرین اول ۱۸۹۶ تاریخلی اجتماع

قامبور اوغلو افندی نك ریاستی تحقده

یستیس افندی حواشی قرنیۀ صلیبک ورم عقیسی حقده بر مناله قرائت ایدوب
اشبو ناحیهده اورام عقیبۀک موجودینی احتماله دائر مختلف مؤلفلرک افاده لرینی ذکر ایدر
امراض مشهوره حقده بر اچانو افندی اورته کویده بر قاج قرمزیه وجدری وشبه
جدری مشاهده ایتدیکنی بیان ایدر .

ترانتاس افندی روم خسته خانه سنده مشاهده ایتدیکی بش الی عدد رمد حرقت
البولیدن بحث ایدوب بوندرک بر قاجنک شبه غشاء کاذب طرزنده ایدوکنی بیان ایدر .
لیمار اکیس افندی قوش بالازینک دائماً بعض محله لرده متفرد صورته بولوب
قیشین مستولی حالی الدیغنی ذکر ایدر .

سروم شیشه لرینک اکثرینک ایکی اوچ آیلق و بولانق بولندقلرینی بیان ایدر .
آپیری افندی بیان ایدرکه روایله بهرنفک تحریاتی نتیجه سی سروم ۵ الی ۶ آی
محافظه اولنه بیاور . آتجق بولانق شیشه لر ترک ایدملیدرلر . اگر لیمار اکیس
افندی برن شهرنده کی معلم تاوولک سرومنه مراجعت ایتمش اوله ییدی غایت ممنون قاله .
جفی بش سزا ایدی زیرا بو پک مکمل بر سرومدر .

په یو آفتیوته افندی ذاتی اولسی محتمل بر تتانوس ذکر ایدر . بعده تبول زلال
ایله مترافق ۷ عدد استنفادن بحث ایدرکه بونلره سبب غیر مرئی کچن بر قرمزیه
اوله بیلمسی احتمالی درمیان ایدر .

آپیری افندی ۱۱ سنه دنبرو دوام اولتان تحریاته نظراً نباتی انتینیفونینه مشابه
اولان اوروغلوسین علی الدوام قرمزیه لی اشخاصک رسوب بولیسنده تسادف اولور .
اجتماع طاغلمشدر .

فی ۳۰ تشرین اول ۱۸۹۶ تاریخلی اجتماع

مه نامم هورارا افندی ۴۱ یاشنده وجهیه سیله صاغ ساعدنه . مرققه دکن عمیقاً
مشبوع وقرمزی وغایتله سرت لوایح احمراریه ابراز ایدن بر خسته نی ارانه ایدر .
مذکور الواحک بلا تغیر ۷ ماه دنبرو دوام ایدوب ادویهیه مقاومت ایدیشی وسطه حرنده

په پو آفشيوتۀ افندي بر چوق شہ جدری و جدری بقری رقوطانی ذکر ایدوب
بونک ۳ و ۴ و ۵ سنہ مقدم آشیلمش اولان اشخاصدہ ظہور ایتدیکنی بیان ایدر .
براجانو افندی هیچ آشیلمین بر آرناوود قادیستدہ ۲ سنہ اول مشاهدہ ایتدیکنی
جدری مہلکی ذکر ایدر .

مکرر آشیلمق خصوصندہ کی مسافہ لره کلنجہ تجربہ ذاتیہ سنہ بنا آنک ۲ سنہ یہ
تقیصی الزم ایدوکنی بیان ایدر . زیرا مومی الیہ اشبو فاصلہ دن صکرہ تلقیح اشخاصدہ
دائماً موفق اولدیغدن ایلک تلقیح ایلہ قزانیلان معافیتک بو مدت ظرفندہ انطفا
ایتدیکنی اکلاشیلور .
بو ائنادہ اجتماع طاغیلور .

فی ۱۶ تشرین اول تاریخی اجتماع

رئیس وکیلی لہمارا کيس افدینک تحت ریاستندہ

ترانتاس افندی صول جہتدہ ارثی اولہرق موجود بر التهاب قزحیہ فضائیہ
مبتلا بر خستہ ارانہ ایدر .

براجانو افندی ۲۱ یاشندہ بر شہخصدہ ۸ کون دوام ایدن بر اختلاجدن بحث
ایدر . تداوی اولہرق صیجاق حاملر وداخلاً آنتیپیرین و بروم پوتاسیوم ترتیب ایدر .
آہری افندی بین التعلقات تبول سکرہ مصاب اولغنی علمندہ کی استاستیقاری
تخطر ایتدیرہرک بر خانہدہ قاری قوجہنک ہر ایکسینکدہ تبول سکرہ مبتلا اولدققرنی
مشاهدہ ذاتیہ سنہ استناداً بیان ایدر و زوجنک ادرارندہ سکر کشف ایتدیکندن ۳ سنہ
سکرہ زوجہ سنکدخی سکرہ مبتلا اولدیغنی ذکر ایدر .

کلاشیدیس افندی ایدیلاں مساعده اوزرینہ اناطولی اہالیسی طرفدن انتہاب
محیط الرئہ بقریدہ کال موفقیتلہ استعمال ایدیلوب بلجیقالی موسیو ویلہ مسک بان
ایتدیکنی اصولہ تماماً مشابہ بر اصول تلقیح حقندہ بر مقالہ قرائت ایدر .
بو ائنادہ اجتماع طاغیلور .

رئيس افندی اشبو موسم ضيقده کی دمل متعدده وقوعاتی یغمور یا غمدینی جهته قورافلک جلدی تخریش ایدوب بوکا طوزلرک تأثیرینک منضم اولسنه عطف واستناد ایدر .
رئیس افندی المانیه خسته خانه سنده دوققور مورتان طرفندن اداره اولتان داخلی قسمنده بر قاج قرمزیه وقوش بالازی وایکی اوچ حاء شبه تیغو وشو اونیش کون ظرفنده بر چوق نزله خلقوم وحیجره والنهاب شریان شدن وبر قاج دیزانتری مشا .
هده ایتدیکنی بیان ایدر .

آهری افندی بقرک التهاب محیط الرئه سنک حیوانک ذنبه عصاره رثویه زرق ایدملک تشکیل ایدیلن تدائی تحفظیدن بحث ایدر وبوندن بر ماه مقدم اناطولی شاهانه بلدی طیبی قونسطانطن که لایتیدیس طرفندن اشبو اصولک بر عصردن بروین الاهالی کال موفقیتله استعمال ایدملکه اولدینی اخبار ایدلدیکی درمیان ایدر .
رئيس افندی آهری افندی دوققور که لایتیدیس بو باده دها مفصل بر لایحه تنظیمنه دعوت ایتسنی تکلیف ایدر .
بو انشاده اجتماع طاغیلور .

فی ۹ تشرین اول ۱۸۹۶ تاریخی اجتماع

ته اژن اکستوریدیس افندی پارس دارالفنوننده موسیو برتلو کیا کر لاووازیه نک وفاتنک ۱۰۰ نجی سنه دوریه سی ایچون بر نطق ایراد ایله عالم مومی الیهک تذکر نامی ایچون بر هیکل رکر اولمنسیچون جمع اعانه ایدلمسنی تکلیف ایتدیکنی واشبو فعل خیره کرک فرانسه ده وکرک ممالک اجنبیه ده اشتراک ایدلدیکی جهته ترکیاجه دخی اشتراک ایدلمسنی لزومندن بحث ایدر .

وعالم مومی الیهک آناری حقنده بر خاطره ترتیب اولمنسنی بیان ایدر .
رئيس افندی دولتو ماورونی پاشا حضرتلری هم افکار اوله رق جریده طیبیه بو باده بر دعوتنامه درج ایدیلوب عموم صنعتداشلره اعانه دفترینک ارسال ایدلمسنی تکلیف ایدرلر وبو تکلیف قبول ایدیلور .

توصیف وبعریف آناری حقنده دخی ته اژن اکستوریدیس افندی توکیل ایدیلور .
رئيس افندی المانیه خسته خانه سنک داخلی قسمنک مشاهداتنه نظراً بک اوغلنده بعض سلیم الطبعه قرمزیه وقوعاتی اولدیعنی ذکر ایدرک بونک بر کوچک مستولی به میداً اوله بیلیمسی محتمل ایدوکی سویلر .

سیامده عمومی اولان احزان اموان مراسمنده آرەك زیاده سیله استعمال اولنور
یالکتر جانلار بوندن استنا ایدیلورکه انلرک جسدی کلبلره آیلور،
بتون هندچینده اعدامه کتوریلان جانل جلاددن بر مقدار یین لانغ طلب ایتمکه
مختاردر اکر بر مقدار الحقه ویرایسه زیاده جه یین لانغ الهیله رک حصوله کلان تهیج
سکری ایله کال جسانله موته منتظر اوله بیلور.

(مابعدی وار)

(بیهر ایهری)

جمعیت طیبہ شاہانہ نك

فی ۲ تشرین اول ۱۸۹۶ تاریخله دوققور قامبور اوغلی افندینک ریاستی تحتہ کی اجتماعی

۲۶ حزیران تاریخلو اجتماعک صبطنامہ سی قرائت ایدلکدن و مراسلات معلوم
اولدقدن صکرہ رئیس افندی جراحلقده دوققور سیمپسون طرفدن قلور و فورم
استعمال ایدلمسک ۵۰ نجی سنہ دوریہ سی ایدوکی جمعیتہ اخبار ایدیلور و بو مناسبتله
دوققور اکستوریدیس افندی به بو کشف مهم حقندہ بر خاطرہ قالمہ آلوب جمعیتہ
قراشتی تکلیف ایدر و اشبو تکلیف قبول اولنور.

رئیس افندی الت ناریہ دن متحصل بر کسر عظم قصبہ حقندہ غایت غریب بر
مشاہدہ ذکر ایدر. اشبو مشاہدہ نك شایان دقت جہتی بلاتفرق اتصال عین عظم
اوزرنده مریمینک ثقبہ دخول و خروجنک مشاہدہ اولمشدر.

موسیو براچانو ایکی اللری اوزرینہ دوشہ رک ہر ایک کتفندہ چیقیق حصولہ کلان
بر شخصک مشاہدہ نامہ سی ذکر ایدرکہ موسی الیہ کورہ اشبو مشاہدہ غایت نادر و
بلکہ عالم فندہ یکتادر.

امراض مشہودہ حقندہ براچانو افندی اوچ آلیق مدت تعطیلہ اثناسندہ اورتا
کویده حما ایله مترافق و یا غیر مترافق متعدد نزله معدی معانی مشاہدہ ایتدیکنی بیان ایدر.
ریجو واقشیوتہ افندیلر بر چوق دمل متعددہ مشاہدہ ایتمشدرکہ بونلرک بعضیلری
وخیم و شیرینچہ طرزندہ ایشلر.

افشیوتہ افندی بعض قرمزیه و قوش پالازی و بر چوق جدری رشبہ جدری
وقوعاتی مشاہدہ ایتمشدر.

به تل بولمژسه آنک يرينه آرته ميز پيراغی استعمال اولنور . پلنک استعمالی يالکرجه اوروپاچه . مستعمل اوليوب بوراده معروض اولدینی شرائط اقوام مدنيه نژدنده غایتله منتشر اولان عواقب وخيمه توليدينه مانع اولور .

بعضاً دخی ساقز مخلوط اولور . قرنفل ودارچین وکاد هندی وياسمين مثللو مواد معطره علاوه ايدرلر .

(قوآن تونغ)ده بين لانفك استعمالی عمومی کيدير ، بو ولايتک اهالي سييله استهزا ايتک ايجون يولرده کوريلان سياحيلرک اغزلری قويونلر مثللو دائماً اوينا مقده درلر ، به تل بولمژسه آنک يرينه آرته ميز پيراغی استعمال اولنور ،

کوريلورکه پلنک استعمالی يالکرجه اوروپاچه مخصوص اوليوب اشبو استعمال بوراده اقوام متمدنه نژدنده غایت منتشر اولان تأثيرات وخيمه توليدينه مانع اوله جق شرائط داخلند ، معروض اولور ،

مع مافيه اشبو ماده مضفيه قرنفل وکاد هندی وچينيلرک کندی چایلرينه خلط ايتدکری بر نوع ياسمين چيچکی مثللو مواد عطريه ايله مخلوط اوله بيلور ،

توانغ تونده بين لانفك استعمالی همان عمومی اولوب بو ولايتک سياحيلره استهزا ايدنک مقصديله آنلرک اغزلری دائماً حرکتده بولنديجی جهته قويون اغزيرينه تشبيه ايدلور ،

هر بر شخص اوچ کوزلی بر قوطويه مالک اولوب برنده آرته وديکرند به تل واوچنجيسنده ايسه کيرچ واردر ،

سيغاره و آفيون طاقلرنده اولدینی کبی بو قوطونک زینتی صاحبنک ثروتنه دال عد اولنور ،

ماده مضفيه نك بو درجه ده کی استعمال عمومی مضاد مرزغی خاصه سته مبتيدير ؛ فقط بو تأثیر مشکوک اولوب آنجق آز مقدارده اولورسه قولانک تأثيری مثللو بر قوه تهيجيه مالکدر ، خواص مضاد دیدانيه سی دخی بی اساسدر ،

عموميتله مانم حالنده اولنر ماده مضفيه استعمال ايتزلر زيرا قرمزى رنگ علامت شادمانی اولوب لعاب ايله دوداقلر او رنگی اخذ ايدرلر ،

بر زوج زوجهنی تطليق ايتک ديلرسه تعلقاتی اجداد سالونه جمع ايدرك سرد ادعا ايتزدن اقدام آرته تبيسيقی تقديم ايدر ،

شرائط فوق العاده تحتّمه اجرا ايديلوب مداخله جراحيه وقت مناسبده ايديلورسه نتايج حسنه حاصل ايدر .

(۲) بالتثقب اولان التهاب بريتون تيفوئيدده عمليات خسته به بعض اميد سلامت تأمين ايدرسده مداخله جراحی همچون زمان مناسب کوز تلميدر .

(۳) تقرحات معائيه بولنديفي حالده بيله معايه وضع حياطه ايدملک تثقبک تندني انتاج ايتديکندن مداخله جراحی يك مصيدر .

مفردات طيۀ شرقيه

(به تل وجوز آرهك)

— (مابعد) —

قاموجوده بر کنج ارکک بر کنج قيزه ميل ايدرسه آنک خانهسته کيدوب بر عدد جوز آرهك ياکتي برافورکه معتدار اولان اشو هديه تاهله طالب بولنديفي ايما ايتمکه قبول ايتديکنده ازدواجه رضاي اکلشيلور ورد ايتديکنده عاشق بلاصرار چکيلور .

قوانع تونغ وست شون مثللو چين ولايتلرنده مسافره جاي اکرام ايديلوب ايکيه بولتمش بر عدد جوز آرهك وصوايله يغورلمش سوننامش کيرچ اکیلهرک جوز اکا صاريلن بر به تل پيراغندن مرکب بر ساقز تقديم ايديلوب مسافر آني چيکنه مکه دعوت اولنور .

بر قاچ ثانيه صکره قم قرمز متراق بر لعاب ايله مملو اولنجه مسافر آني توکورر . تکرار چيکندر لکن بو دفعه لون طيبيده اولان لعابي بلع ايدر . او آنده وجهي قرمز يلسور و تهيج حاصل اولور و بر درجه به قدر نشه لنور اکر مضغ دوام ايدرايسه سکر حاصل اولور لکن دوام ايتمز و آز صکره حال طيبي به کلور .

﴿ حماء تیفوئیدیڈن منبعث التهابات پریطونیہ دہ مداخلہ جراحیہ دہ دائر ﴾
 فرانسه انجمن طیبسنده موسیو دیولافوانک ایراد ایڈیکی مقالہ مهمہ
 ﴿ بروجه آتی خلاصہ ایڈیلور ﴾

(۱) بر طاقم التهابات پریطون تقییر وارد در کہ حماء شبه تیفونک دور حالی ویا دور سقوطی انساننده ظاهر اولورلر .

تقیب سین حرقی واعوره وزیل قولونه مستولی اوله بیلور .
 بو کبی التهابات پریطونیہ یا لکڑ شدتلی حماء شبه تیفونک مدلولی اولیوب آنلر اشکال خفیفه ده دخی مشاهده اولنورلر .

التهاب پریطون تقی بی ایما ایدن اعراض خفیف وکڑک شدید اولسون تحت الحرا دہیه قدر وارہ بیان سقوط حرارت آتہ عبارت بر علامت مهمہ سی واردر .
 تقی اولان حماء شبه تیفورل غایتله وخیم اولوب بدایتلرندن اعتباراً تقی وقیله تحدید ایدن التصاقات واسطه سیله تخفیف ایڈیلورلر .

(۲) حماء شبه تیفونک علی الاکثر دور سقوطی ویا خود نذاقی انساننده ظاهر اولان التهاب زیل دورینر دخی وارد در کہ بونلر علی العموم یککیدن ازدیاد واشتعال حرارتله موصوق اولدقلرندن تقباندن تفریق ایڈیلورلر . بونلر عادی بر التهاب زیل دودی مثللو تشکیل ایدوب استطالہ انتانیہ هیچ بر التهاب پریطونه میدان ویرمکسزین یا لکڑ زیل دودی یه صولتندہ تحدید ششامت ایدر . وزیل دودینک تقب ابتدائی ویا تالیسی ایقاع اتمیه رکدخی التهاب زیل دودینک (التهاب پریطون مکس) و (التهاب پریطون متعمم) و (خراج کبد) و (خراج منتقل) مثللو اختلاطات تالیسه سنہ منتج اوله بیلور .
 (۳) تیریدالدنبرو قبول ایدلمکده اولان بالسرایه التهاب پریطون تیفوئیدی موجود دکدر .

تداویسی . — تداوی ایکی نوع اولوب ریبی طبی وتأثیری جزوی و دیگری جراحی اولوب التهابات پریطونیہ تیفوئیدی لکڑ انواعی تفریق وتمیز ایدلمک اوزره شایان توصیه در :

(۱) التهاب زیل دودی تیفوئیدیده و التهاب پریطون تیفوئیدی دودیده عملیات

بر توسيع کافی استحصالی تسهيل ايدراك وخيم خصوصاً توحيد تام اونش يکرمی
دقيقه ظرفده استحصال ايديلور .

(۳) بستون عاقل بر رحمده بيله تفصیلات ایقاع ایده بیلور .

بو اصول ايله تداوی ایلدیکم ۳۸ حواله خصوصاً توحيد بالک ۲ وفيات وقوعه
کلوب بيم موسعمک استعمالیه اصلاً تمز قان مشاهده ایتدم .

و بادۀ سروم شریفه سی

موسیو (هاندی مونو) انجمن طبی ده موسیو پرسنک استحضار ایتدیکی سرومک
تحت الجلد شریفه سی واسطه سبله آنوی ده ۲۲ عدد وباء خیرجینک ۲۰ عددی شقایاب
اولدینگی بیان ایتشد .

« دوقور پرسنک (قانتون) دن غزیمتدن صکره (هایفونع) ده فرانسر قونسولوسی
« موسیو (شوسه) یازدینگی مکتوبنده عملیات مزبورده بی بیه وباء خیرجلیه مبتلا ایکی
« طلبیه بالاجرا شقایاب اوله قلیخی ذکر ایدیلور .

« آنوی ده کی فرانسر مأموری واسطه سبله شهر مزبورک وباء وقوعاتک زیاده
« ایدوکی موسیو پرسن خبر آلدقن صکره ۲ تموز تاریخیه اورایه کیتدی .

« اوراده الی کون اقامت ایدوب او ائنده پاستور دارالعملیاتک سرومی تحت
« الجلد شریفه ایدرک تداوی ایتدیکی ۲۲ شخصک ۲۰ عددی شقایاب ایتشد .

« دوقور پرسن آنوی ده کی چین اطباسنه اون درت شیشه سروم ترک ایدرک
« صورت استعمالی تعریف ایتشد .

« دوقور پرسنده آرنق سروم قالمینجه آنام داخلنده کی (نا ابران) عودته قرار
« ویره رک اوراده قبل العزیمه تلقیح ایتش اولدینگی حیوانلرده بعضیلرندن سروم
« استحصال ایتشد .

« الیوم پرسن سرومک وباء خیرجلی حقنده کی تأثیر شفا بخشاسنی فنا محقق بر
« کیفیت کی قبول ایتلیدر .

« بوندن استنتاج اولدینغه نظراً مقدار کافی سروم حصوانی تأمین ایدن وساطه
« تشبث اوله رق چین حکومتی دخی تدابیر لازمه بی قبول ایتدیکی حالده جیندی بلدی
« اوله رق اجرای احکام ایدن اشبومرض مدهشک ممالک جینه دن محاسی ممکن اولور .»

لرینه احتقان رؤیدن خوف ابتدیکم خصوصانده آجی چیدم خلاصه سیالہ سنی استعمال ایتدم .

موسیو دو قورته زانہ را . — بندہ کز طرز تدائی معلومی استعمال ایدرم : پرهیز لبئی خفیف صورتده فصد عمومی وقلورال استعمال ایدوب ایجاب ایدرسه فصد عمومی می بی تکرار ایدرم . تجربه ذاتیمه استناداً حواله نوبتک بدایتدن اول مؤثر بر مدال خله اجرا اولفامسنی التزام ایلرم زیرا عنق اوزرنده کی عملیاتر تبول زلاله مبتلا قا . دینلرده حملات ایقاع ایدرلر .

موسیو موریزی . — حواله حملک ایلک زمانلرنده واقع اولورسه اسقاط جنین طرفداری دکم . حملک ایلک آیلرنده حواله نمایان اولورسه و فعل بدأ ایدرسه وضع حمل تمام ایدملیدر ، اگر فعل بدأ ایتمزسه تولید جبری به مراجعت ایتلیدر ، توسیع عنق ایچون الک اعلا آلت الدر : لدالحاجه شقوق صغیره عنقیه استعمال ایدرسه مده انشقاق رحمی موجب اولان شقوق کیریهی منع ایدرم . ایجابنده عملیات قیصریهی شقوق کیریهی ترجیح ایدرم .

موسیو کیرهل . — ۲۹ حواله مشاهده ایتدم بونلردن ۱۸ عددی وحیدالولاده و ۱۱ عددی کثیرالولاده ایدیلر .

۶ قادین وفات ایدوب ۲۳ عددی شقایاب اولدیلر ، ۲۹ چوجقدن ۱۷ عددی بعدالولاده وفات ایدوب ۲ عددی طرد اولمیدیلر ۱۰ عدد برحیات قالدیلر .

۱۵ دفعه فعل ولاده آتی اولهرق ختام بولوب ۸ دفعه ملقوط جنینه احتیاج کورلمشدر بر دفعهده شامبتیه بالونی استعمال ایدلمشدر . فعل بدأ ایتمزدن ایکی قادین وفات ایتمشدر .

یالکز ایکی دفعه حامله انسانی فعلده ظهور ایتمشدر .

۴ دفعه حواله بعدالفعل واقع اولمشدر .

موسیو بوسسی . — حواله حالنده رحمی تخلیه لزوم واردر و بونکچون توسیع جبری شقوق و عملیات قیصریهی ترجیح قلعیدر . تجارب کثیره دن صکره اعمالنه موفق اولدیغم موسی سبزه ارانه ایدیورم که اشبو موسع بروجه آتی محسناتی حازدر :

(۱) وحیدالولاده تصادف اولندیی مثللو تعضر ایتماش و مسدود عنقلره بیلہ کمال موفقیتله قابل تطبیقدر .

(۲) استنباطه کوره قابلهی آز چوق جزوی بر زمانده جنینک اخراجی ایچون

رحمك حاوی اوله بيله چكي مشيمه پارچه لرینك تطهیری ایچون رحمه قاشیقلمق جهتی التزام ایلم ،

موسیو لیندفور . — قونفریه حواله دن وفات ایتیش بر قادینك قلبنده کی دمده بولدیغی حجرات کبدیه نك استحضار خرده نینسی ارائه ایدر معلم آله هر کس مثللو برهیز لبی وقلورال ایله تداوی جهتی التزام ایدرسده مرض مزبورك اسباب تولدییه سی معلوم اولدجه انك بر تداوی خصوصیی بولمیه جغنی بیان ایدر .

موسیو اوده بهر . — حواله نك تداویسنده شدتلی فصدلرله معقم مصل شریغه لرینك تخلیط ایدلمسی ویاخود بر مقدار سمندار دمك یرینه زیاده جه مقدارده بر مایع غیر سمی اساله سندن عبارت اولان غسل دم حقیقی به مراجعت اولمسی توصیه ایدر .

استداره کلنجه ایوم مصدق اولان بر خصوص حواله لی اشخاصك فتح میتنده درون کبدده ازفه محدودده ویا منتشره مشاهده اولنور . اشبو اختلاطات کبدیه نك اوصافی یرقاندیر . مومی الیه بو حالده اوتوز قدر حواله خصوصاتی مشاهده ایدرک درت دفعه یرقانه تصادف ایتشدرکه بولردن اوچی وفات ایتشدیر . اثنای فتح میتده آفات کبدیه عظیمه مشاهده اولمشدیر . اشته بو مشاهداته استناداً مومی الیه حواله لی . لرده یرقانك ظهورینی غایت وخیم بر عرضه مقامنده تلقی ایدر .

موسیو شالیقس ویوی . — تجارب حاضریه استناداً مومی الیه حواله نك حمله دورینك تداوی مؤثرینی بوجه آتی مواد ایله تحدید ممکن ایدوکی بیان ایدر .

قلوروفورم اساسی تداوی بی تشکیل ایدوب قلورال بروم پوتاسیوم ایله پرلکده یاخود آروجه معده ومعاء مستقیم طریقله چوق مقدارده استعمال ایدلمیدیر . غایت قیمتدار بر واسطه اولان فصد عمومی علی الاکثر اھمال ومعارضه ایدیلور . آنك استطبای بی یا اکثر قوی البنیه ودموی قادینلره حصر ایتک ناصو ایدر . ضعیف ونحیف قادینلر آندن چوق مستفید اولورلر . تحت الجلد زیاده مقدارده معقم طوزلی صو شریغه لری فصد عمومینك غایت نافع متممیدرلر . مذکور شریغه لر تناقص دمك تاثیراتی تنقیص ایدرک وجودی افرازاات بولیه ایله غسل ایدرلر .

موسیو بواسسی . — بکا فالورسه رحمی تخلیه ایتک الزمدر ظن ایدرم . توسیع جبری شقوق عنقیه وعمليات قیصریه به ترجیح ایدلمیدیر .

موسیو پاسقالی . — بنده کز روما سرریات ولادیه سی اداره م انناسنده ۲۵ عدد حواله وقوعاتی مشاهده ایدوب آنلردن ۵ وفیات وقوعه کلمشدیر . بنم تجربه م راپور . لرده مندرج اولان همان عینیدر . حمایه توقیف ایچون قلور مائیت مورفین شریغه .

نجه حواله نونتك سیر تداوی بروجہ آیدر :

(۱) قولدن زیاده جه قان المق ،

(۲) مسہلات شدیدہ ،

(۳) قلور و فورم و قلورال ،

(۴) پرهیز لبنی ،

اشبو اصول طرفدن ۱۸۹۲ سنہ سندنبری استعمال اولمقدہ در .

نتیجہ لرم اولکیلردن چوق اعلا در .

سریریات ولادیدہ ۱۸۳۴ دن ۱۸۹۶ یہ قدر ۳۱۲ حوالہ خصوصاتی مشاہدہ

اولنوب ۱۱۶ قادیں وفات ایتدیکندن عدد وفیات ۱۰۰۰ ۳۷ نسبتدہ در .

۳۰۴ چوجقدن ۱۸۳ عددی وفات ایدوب ۱۰۰۰ ۶۳ وفیات خصوصہ کلمشدر .

اشبو استاتستیک ادوار تالیہ تقسیم ایدلدکده ۱۸۸۹ سنہ سی کانون نایسندن ۱۸۹۶

کانون نایسنہ قدر ۴۰ حوالہ ۹ وفیات یعنی ۱۰۰۰ ۲۲،۶ نسبتدہ وفیات مشاہدہ

ہدہ ایتدم ،

چوجقلرک وفیاتی ۱۰۰۰ ۶۸ در .

۱۸۸۹ و ۱۸۹۰ و ۱۸۹۱ سنہ لرنده ۱۸ حوالہ ۷ وفیات یعنی ۱۰۰۰ ۳۸ وفیات

و چوجقلرک ۱۰۰۰ ۶۶ وفیات مشاہدہ اولنور .

بو ائنادہ تداوی مقامندہ قلورم و قلورال استعمال ایدوب بعضآدہ اکا قان المق

ونتؤ حلمی اوزرینہ سلوک یا پشدیرمق مثللو وسائط علاوہ ایتدل . ۱۸۹۱ دن اعتبارآ

بروجہ بالا مذکور تداوی بی استعمال ایدرم .

۱۸۹۲ و ۱۸۹۳ و ۱۸۹۴ و ۱۸۹۵ سنہ لرنده ۲۲ عدد حوالہ دن ۶ وفیات یعنی

۱۰۰۰ ۹ عدد وفیات و چوجقلرک ۱۰۰۰ ۷۷ عدد وفیات مشاہدہ اولنمشدرکہ

بالنسبہ وفیات پک جزوی کورلمشدر .

موسیو پامار — بنم تجربہم بروجہ آیدر :

واسطہ شفائیہ مقامندہ بندہ کر دائما ۸۰۰ ، ۹۰۰ ، ۱۰۰۰ غرام مقدارندہ قوتلی

بر فصد عمومی ایلہ بدآ ایدرک بعدہ قلور و فورمہ مراجعت ایلرم ، ہیچ بر عارضہ

دوچار اولقسزین خستہ لری قرق ساعت قلور و فورم تحتندہ بولندر دم ،

فن ولادہ نقطہ نظرندن رجعی حاوی اولدینی حمایہ مواددن تخلیص ایتکی التزام

ایدرم اگر فعل بدآ ایتماشسہ آتی ایقاع ایلرم ، اگر فعل بدآ ایتماشسہ عنقی توسیع

ایدوب مرور ایدہ بیلدیکم زمان جنینی اخراج ایدرم ، بعد الولادہ اولان حوالہ لردہ

(شامپه تبه دوريب) موسعلرى تطبيقه تولد تسريع ايديله بيلور . عنق حشين ايشه بوندن اجتناب ايدمليدر .

(۴) تدوىء تحفظى :

استراحت و پرهيز لبى و مسهللر و حمام حاره الك زياده حسن نتيجه ويررلر .

موسيو (پاروهن) فيلادلفيالى

حواله نك تدويى سنده آجى چيدم ايله استحصال ايتديكمه نتايج خسته ديكر ادويه نككنه فائقدر . آجى چيدم حواله نك تسمم دمدن متارت اولان سيبينه تاثير ايدوب استطببات عرضيه يي اينا ايدر .

نبضك سرعتى تنقيص ايدوب افرازات جلدية نك فعاليتنى تزديد و حرارتى تنقيص ايدرك فوق العاده بر مددر كجى تاثير ايدر . بنده كر وضع حمل ايدن قارينلرده دواى مربوطه ايله ۹۲ نسبتده نتايج حسنه استحصال ايتدم .

مباحثه

موسيو تاريخه . — حواله نك تدويى سنده دقت اولنه جق ايكي نقطه واردلر : قبل النبه اولان حواله وائناى نوبته كى حواله .

تدوىء تحفظى مقامنده ياكز سول زلاله مبتلا حواتنه دكل تسمم دمه عطف ايديله بيلن عوارض عصيه ابراز ايدن قادينلره پرهيز لبى ترتيب ايدرم زيرا مصل الدمك سميتى ادرارده زلال موجود اولسون اولسون حواله يه سبب اولور . پرهيز لبىء مركب تجربه ايتدم سنده نتايج حسنه استحصال ايدمدم . تجربه ذاتيه مه استناداً بيان ايدرمكه پرهيز لبىء قطعى الزمدر . بوكا علاوه يوميه ۳-۴ غرامدى قلورال و برلمليدر .

تدوىء شفاييده طرز تدويمى حواله نك تسمم دم نتيجه سى بولمسنه بناً ترتيب ايدرم . اشبو سميتى تخفيف ايجون پرهيز لبىء ايله فصر عمومى و مسهلات شديد استعمالنى علاوه ايدرم . خسته لر سودى قلع ايدمزلرسه مسيار مرى استعمال ايدرم . مسهل شديد اوله رق بر چوربا قاشيى هند ياغى دروننه بر طمله حب السلاطين ياغى اعطا ايدرم و فصد عمومى به اهميت عظيمه اسناد ايدرم . بر زماندنبرو تحت الجلد مصل صنايعى تزريقاتى تجربه ايتكمده ايسه بده بين الاوردء تزريقات استعمال ايتدم .

حواله نك اسباب و تكونات مرضیه سی هنوز مجهول ایسه ده انكلیز اطبا سنجیه ایکی نقطه حقنده حاصل اولان تبدل افكار حقنده نظر دقكزی جلب ایده جكم :

(۱) انكلیز اطبا ی اختلاجاتك دائماً بر مرض كیویدن نشئت ایندیكنه ارتق ایناتملر .

(۲) اليوم سبب اختلاجات اوله رق جنینك تأثیرینه اهمیت مخصوصه اسناد ایدرلر .

اغلب اولان نظریه اختلاجاتك والده و كرك جنینك عضوی طرقدن افراغ اولنان بر ماده سمیه نك تأثیرندن نشئت ایتشدركه ماده مزبوره زیاده مقدارده بولنر ایسه هیچ بر عارضه تولید ایتكسزین بوندن طرد اولنور . اكرك اعضاء مذكوره فوق الحد نمو و فعل تولدك مساعی شدیدیه سی سبیلله كلبه یورغون ایسه ماده سمیه طرد و افراغ اولمیبونك انك اداره بدنیه ده تراكمی مراكز عصیه اوزرینه تأثیر ایدر .

اتقباض حالنده و یا خود كلبه (لهیدن) نام مؤلفك حمله مخصوص اوله رق توصیف ایندیكى حالده و یا خودكه كلبه ایله كبد انساخنده مواد سمیه نك دورانندن متحصل بر استماله نسجه ابراز ایدرك اعضاء مفرغه نك وظائفی سكته دار اولمشسه دخی عین عارضه واقع اوله بیلور .

فرضیه مزبوره یه استناداً حواله نك نداویسنی بوجه آتی تقسیم ایدیورم :

(۱) تداوی حمله ؟

تحت الجلد مورفین شریقه لر ، مایعاتك حنجره و راتین درونه دخولنی منع ایچون خسته بر جهته یاتیرملیدر (اوزیما) رتوی حواله ده باشلوجه سبب موتدر) .

خسته نك جریحه دار اولماسنه و صیجاقجه طوتلمسنه و كترله تلین ایدلمسنه و مایعاتدن بر شیء اخذ ایتامسنه دقت ایدملی و نوبات آره سنده كندی طانیوب طانیمدیغه نظراً صیجاق صو و یا بخار حامی ترتیب ایدملیدر .

(۲) باعث اختلاجات اولان سمدن تخلص اولمق ؟

عین تداوی : مسهلر و حمامات حاره و خسته نك صیجاق طوتلمسی و مایعاتدن مجانبت اولتمسندن عبارتدر .

(۳) تداوی تولیدی ؟

فعل حمل هنوز باشلامش ایسه رحم تهییج ایدلمكسزین اختلاجات تداوی ایدملیدر فعل بدأ ایتمش ایسه و خسته دور طردده ایسه قلوبور نمل اعطای ایدیلر ك تولد سرعتله خاتمه لنیدرملیدر . دور توسعه عنق رحم قابل توسع ایسه صیجاق دوشلر و (بارت) و

طردي مقصديه مايعات ادخال ايديلهرك غيب اولان دمك يرينه مايعات سوقيه متعاقب اجرا قلنان عمليات مغديه واسطه سيله اداره بدنيه دن آز چوق سمدار مايعاتك طردينك تاثيري مشكوكدر .

(۱۰) قلوروفورم ومورفين وقلورال مثللو اك زياده مستعمل مسكنات حمليه عصيه تاثيرلري محقق ايسده اساساً صورت شفائيه ده دكلدر .

(۱۱) هر حالده اتهاي حمل ارزو اولنقه شايان اولوب حالات وخيمه ده مدت قليه ده واقع اولق بهم حال الزمدر .
بونكه چون بدايت نوبانده دائماً وضع حمل فعلی تسريع وتسهيل ايده جك معا ونانده بولنامليدر .

على الخصوص شرائط مستعجله ده (پارمقلر وشقوق وموسع مياهي ويا معدنيلر) مثللو وسائط ايله توسيع جبري عنق اجرا ايدلك وبلا تاخر چوجق اخراج ايدلك لازمدر . اگر بوكي توليد جبري مانوره لري بلا خسارات عظيمه ممكنسر وغايت بطئي ويا خود متسر كورينورلرسه اولزمان عمليات قيصر ييه مراجعت ايدلك الزمدر .
(۱۲) بعد التولد اولان حواله اكثر خصوصانده خفيف اولوب مقدار معتدله ده مسكنات اسبعماليه برطرف ايديله بيلور .

(۱۳) تدابير تحفظيه اختلاجات نفاسيه نك كافه سنه تطبيق ايدلميدركه بوده اول امرده حمل حقنده معادالتوصيه اولان تدابير صحيه وجلد وامعا تركلتيين مثللو اعضا و اجهره فراغيه نك حسن فعاليتي وثانياً دخي تبول زلالی نقطه نظرندن ادراك معاينه سندن عبارتدر .

(۱۴) تبول زلاله مبتلا هر بر حامله قادين پرهيز لبني اساسي تشكيل ايتديكي بر تداوي منظم ومؤثر تحتده بوننديرلمليدر .

(۱۵) عدم نتيجه ويا خود تهلکه عاجله موجود ايسه قبل الزمان توليد صنايعي شايان توصيه اولوب نتايج فوق العاده اعطا ايدر « بو اصول ايله بنم استاتستيقيمه كوره والده لرك كافه سي شفاياب اولوب چوجقلرك ۱۰۰ ده ۷۵ ي تخليص ايدلمشدر » .

م . بيهرس

حواله انساني حمليه ويا انساني فعل ويا تولدده بردنبره ظهور ايدن اختلاجات ايله موصوقدر ، صرعه حلي ايله دماغی الاصل اولان اختلاجات بو ميانه داخل دكلدر .

(۵) عسرت تنفس وسباط وفلج وسائر مملو عوارض وخيمه دخى بلا اختلاج ظهور ايدرك موقى انتاج ايدى بيلوركه بنجه بونلرك حواله نك شكل خفيفدر .
(۶) كليوى الاصل اولان تسمم دم الك اكثرى اولوب چوق دفعه تبول زلال و اوزيمايله مترافقدر .

تبول زلاله حواله نفاسينك سبب كى نظر ايديله ميوب آنجق عين سبيه مالك بر عرض مرضى كى اعتبار ايدمليدر .

(۷) تجربه اثبات ايدركه حواله اكثرى از چوق تبول زلال ابراز ايدن و زياده تبول زلالى اولوب مرشح بولان قادينارده ظهور ايدر .

بو سبب تبول زلال اصلا تسامحى حائر اولين بر علامت متقدمه تشكيل ايدوب بنم رايجه اطراف سفليه وفخذلر والبرده ووجهده اوزيما موجود ايسه طبيبك نظر دقتى دها زياده وابتداى حالده جلب ايتمليدر .

(۸) بنم استاستيقلرمدن مستبان اوليوركه :

(ا) تولده احواله مشاهده اولتوت حواله مادرده يوزده ۲۴,۴۲ واطفالده يوزده ۴۱,۸۳ وفيات حاصل ايديور .

(ب) ۹۲ ايلك طفورانلرده ۱ حواله مكرراً طفورانلرده ۳۷۳ ده ۱ حواله واقع اولوب انجق وخامت ايكنجيلرده برنجيلردن زياده در (۱۰۰ ده ۲۷,۶ و ۱۰۰ ده ۲۳,۳۷) .

(ت) حواله تولدى متعاقب اولنردن زياده اثنای حمل واثناى فعلده دها وخيمدر ۱۰۰ ده ۲۷,۷۳ و ۱۰۰ ده ۳) .

(ث) ۴۰ قادينده ۱ عدد تبول زلالى و ۲۵ اولوب اولية الولاده لرده ۲۵ عددده ۱ وكثيره الحاقل اولنرده ۷۵ عددده ۱ و ۴ تبول زلاليده احواله لى و بوننده ۳۳ ده ۱ عددى اولية الولاده و ۷ ده ۱ عددى كثيره الحاقل اولنرده در .

(ج) تبول زلالسز حواله نادر (۹ ده ۱) در . بو بابده بنم مشاهداتمه حواله بعدالولاده ظهور ايدوب مبتلا اولان قازينلرك كافه سيده شغاياب اولديار .

(ح) يالكتر تبول زلال (بلاحواله) على الاكثر از چوق وخيم عوارض مختلفه و مهلكه « ۱۱۰ خصوصده ۸ قادين و ۲۰ چوجق وفات ايدوب ۶۱ عدد قبل المدين تولد ۸ عدد ازرقه متعاقبه و ۳ دفعه تهديدات اختلاجه » ايله مترافقدر .

(۹) تداوى طبي اثنای حمل وولادنده كى حواله وخيم و تسمم دموبده اولقدر اهميت ابراز ايتمز . مسهلر ومدر اللعابلر و « معده ومعاء مستقيم وتحت الجلد و درون اورده » مملو طروق مختلفه نك هر قنى بريسندن دمك غسل وياخود مواد سميه سنك

مثللو بطلان حس تام انسانده مراجعت ایدیلان وسائطه اندازك تخفیف ایدیله بیله جکی الیوم تعین ایتمه شددر .

(۴) تعین نتایج ایده بیلیمکچون فصد ایله تداوی حقنده .شاهدات کافیه مز یوقدر .
(۵) چوق مقدارده مورفین ایله اصولاً یاییلان تداوی الك اعلا نتیجه ویرنیدر .
(۶) حواله نك طبیعت مرضیه سی ایوجه معلوم اولمدیجه مرض مزبورک اسباب عدیده سی مناسبتیه بر تداوی عقلیسیده اوله مز ظن ایدرز .

(۷) الك کوزل نتیجه ویردیکی ظن اولتان فعل حملی تسریع واغشیه نی تثقیب و اقسام رحوه نك توسعندن صکره خسته یه وضع حمل استدرمک وعدد نوباتی تنقیص ایچون چوق مقدارده مورفین اعطا ایتک کنیدیسی غیب ایتش خسته لره فم طریقله اعطای ادویه دن بجانب ایدوب وسائط خارجیه ایله سیلان لعاب حاصل ایتمکدن عبارت تداوی مختلطدر .

(۸) فوق العاده مهارتلی کسه لر طرفندن صورت مطلقه ده اجراسی الزم عملیاتلر تکلیف ایدیله جک درجه ده حواله یه ته لکه اسنادیه سبب یوقدر ،
(۹) بالکز خصوصات استثنایه ده جراحی کیرجه بر عملیاته مراجعت لازمکلور

م، شارل

(۱) حواله اطفال مثللو حواله نفاسیدخی برارفاع مرض اولیوب اسباب عدیده سی ومسبته کوره درجه وخامتی وارددر ،

(۲) حواله نفاسی افعال منعکسه قیلندن ویاخود (تروب روزانتاین)ک نظریه سی وجهله بر اغتشاش دورانی نتیجه سی اوله بیلورسده علی الاکثر حال طبعیده کلیه وکبد مثللو غاد مفرغه طرفندن افراغ اولمقدهلر ایکن آفات مختلفه واسطه سیله آنلرک وظا نفی خللپذیر اولنجه بدنده (توقزین — مواد سمیه) دنیلان محصولات مضاد تمثیلده تراکمی نتیجه سی دم ایله انساجک بر تسمندن (تسمم دم) ایلر وکلشدر ،

(۳) حامله قادینلرک اکثریسنده حال طبعیده فعل تمثل تقدر قوتلی اولسه بیله ادرار دروننده معاددن زیاده (بوله) جوهری بولندیغندن اولدیجه بوکا مشابه بر تسمم بنفسه موجوددرکه بو حمله عائد علی العاده بر تسمم بنفسه در ،

(۴) اگر کلبتین وکبد وسائر غیرمنتظماً ایضای وظیفه ایتمکده لرسه تراکم مواد سمیه اولقدر تراید اودوب عوارض وخیمه تولید ایده جک حاله کلورکه آنلرک باشلوجه لرندن عبارت حواله دخی ظاهر اولور ،

قلور سوديوم محلول فيسيولوجي سيه تحت الجلد ويا درون اورده به تزريقات ايله متعاقب اوله رق قصد اجراسي شرائط اساسيه مستند بر اصول تداوى تشكيل ايدوب لهنده مشاهدات سريره دخي موجود ايسه ده بونلرك عددى قيلمجه بولنديغندن اليوم اصول مر بورك قبولي حقنده صراحة رآى وريله مر .

(۳) رحمك سرعته تخليه سي حواله نك تداوي سي چون اك مهم بر نقطه تشكيل ايدر ايسه ده بونك عواتب وخيمه سي ومداخله نك تهالك عظيمه سي نظر اعتنايه آتلميدر .

(۴) انساى حملده كي حواله لر ايجوندخى خصوصات مساعده اولدجه حلى نهايتلندرملك وعنق رحم غيب اولوب توسعى كافى درجه ده دكلسه شقوق متعدده واسطه سيله طروق حاصل ايتك لازمكلور .

(۵) حواله رحمى حقنده وسائط آتیه جای تطيقدر :

مورفين وقلورال وجوق مقدارده خريق مثللو مواد استعماليله اغشيه نك شففى ووضع حلى موجب اولوق لازمدركه بونلر نقدر زياده مقدارده وعنجى نومروده بيان اولنان شرائطه دكين حواله نك نقدر ابتدالرنده استعمال اولنورلرسه اولقندر مؤثر اولورلر .

حال وخيم وتهلكه مدهش ايسه واغشيه وسائط مذكوره ايله منشق اولدقلى حالده بيله عنق رحمك غيب اولمسنه دكين بر قاچ سانيتمترو توقى عوق وتأخير ايدملك اميد ايديله مزسه وعنق رحم متقص ومثلين ايسه رآرجمجه توسيع جبرى دورش اصوليله اجرا اولنان شقوق عميقه دن زياده مسهيل وقابل تطيقدر .

عين نوعدن اولان و اكن عنق رحم متاين بولنميان وياخود بالاده مذكور طرز مداخله يي غيرقابل تطيق ويا متعسر قيله جق شرائط موجود بولنان خصوصاتده وعلى الحصوص جئين بر حيات ووقتي تمام بولندقدده عمليات قيصریه لازم الاجرادر .

(۶) مداخله جراحيه نك كافه سي نوم قلورنملى عميقده اجرا قلمليدر .

م . دووايت

- (۱) معلومات حاضر به بنا حواله حقنده بر تداوى يكانه تأسيسى محالدر .
- (۲) حواله نك هر قننى بر تداوى ايله شفاياب اولان انواع عديده سي واردر .
- (۳) قانوتچوق كيسه لر واسطه سيله قنان حملينك توسيعى وشقوق وعمليات قيصریه

م. ف. هالبرستما (اوترک)

حواله‌نک اصول تداويسنده اک مهم مسئله بنجه نهايت حمده و بدایت فعلده وضع
حملي بکلمک و یا خود آتی تسهیل ایتک مسئله سی ایدوکندن یا لکتر بو مسئله ایله اشتغال
ایده جکتر . زیره مذکور خصوصاً قایل صورت مؤثرده مداخله ایتلیدر .

(۱) عدم تبول تام مناسبتیه انداز فوق العاده کسب وخامت ایدرسه ونوبات
اختلاجیه شدتلی وصیقه ایسه .

(۲) فعلک بدآ ایده جکنه دائر امارات موجود دکل ایسه .

(۳) مثلاً ایلک طوغورانلرده اولدینی مثللو بدآ ایدن فعلک اوزونجه و متعسرجه
اوله جفته یقین حاصل اولورسه وقادین مسنه اولوب حمل متعدد وتضیق حوصله
موجود ایسه .

نبض ضعیف ومتواتر کوریلنجیه دکن مداخله مؤثره نی تعویق ایتک اختیار
اولغاملی .

شرائط مزبورده بيله نتایج حسنه استحصال اولنه بيله جکی شایان دقتدر .

نهایت حمده قایل بالترجیح عملیات قیصریه نی اجرا ایتلیدر . بدایت فعلده قایل غنی
توسیع ودورش اصولی اجرا ایتلیدر .

م. ل. ماژباغالی

(۱) حملک تسمم ذاتیسی معض اولان شرائط مزبورده دفع ومنعیچون تدائی
تحفظیه شایان توصیه در . بوندن ماعدا شرائط مزبورده شتی تزیاید ایدر ایسه بو
خصوص دهاکسب قوت ایدر .

تدائی تحفظی هرشیدن اول تبول زلاله و خصوصیه ایلک طوغورانلره جای
تطبیق اولوب فقط بوندن ماعدا آفات هضمیه وعلل عصیه نیک چوقلرینه راجعدر
لبن مضاد تعفن معائیلره متحدآ استعمال اولندیغی زمان فعل تبولی تزییدایدوب
وظائف جلدیه نی اصلاح وفعالیت قلییه نی تهییج وحواله‌نک اک مکمل دوائ تحفظیسی
تشکیل ایدر .

(۲) کرک فصد وکرک مسهلات شدید وکرکسه مورفین وقلورال وقلوروفورم
وخریق وادویه مدراللعاب مثللو مواددن عبارت اوله رق استعمال اولنان تدائی طبی
اساساً خسته لغه تأثیر ایتیموب تدائی اعراضیه تشکیل ایدر .

اشته پارسلی دوقطور شارپانتیه نك راپورينك خلاصه سی بوجه آیدر :

(۱) تبول زلاله مبتلا هر بر حامله قادینی حواله یه معروض بولندیغندن و پرهیز لبی ایسه تبول زلالیده و باخصوص تبول زلالی حلیده نتایج خارق العاده اظهار ایتدیکنندن حامله قادینلرک ادراری کمال دقتله معاینه ایدملیدر و آنده زلال اثری کوریلمینجه همان صورت قطعیده پرهیز لبی توصیه ایدملیدر .

بو اصول حواله نك الك کوزك تدایء تحفظیسیدر . قادینلرک بلاثبول زلال دوچار اولدقلری اوزیماده پرهیز لبندن زیاده استفاده ایدیلور .

(۲) بر حواله لی قادینه تصادف ایدیلنجه خسته قوی البیده و کانیوسی ایسه ۳۰۰۰ غرامه قدر بر قصد اجرا ایدیلوب قلورالی ادویه و حین حاجتده مرئی سونده سیله معده ظریفله سود اعطا ایدیلور .

(۳) بالذات نوبتیدخی قلوروفورم اشماماتیله دفعه چالیشیلوب تبول تحت الملیه مصل صنایی زرقیله تسهیل ایدیلور .

(۴) قادین دهه ضعفجه و علائم کانیوسیه دهه جزئی و نوبات سیرکجه ایسه قلورالی تدای ایله اکتفا ایدیلور .

(۵) فعلک بردنبره ظهورینه منتظر اولمی و ممکن اولدقجه وضع حملک باشلو باشنه نهایت بواسنه منتظر اولملیدر .

(۶) فعل بردنبره ظهور ایدوبده تقلصات رحمیه نك غایت خفیف و یاخود زیاده بطی اولسنله رضع حمل نهایت بولیه حق اولورسه ملقط جنین تطبیق و یاخود چوجق بر حیات ایسه قلب جنینی و بر حیات دکل ایسه خذع رأس و تقنیت قحف ایله جنینک اخراجنه چالشمیلیدر .

(۷) بو وجهله حرکت و مداخله ایدلمکچون اعضاء مادریه نك (توسع نام ویا قابلیت توسعی عنق) منللو حاله بولنسی لازمدرکه مداخله مزبور به بلامضرت یعنی بلا شدت و مادر ایچون بلاثهلکه اوله ییلسون .

(۸) بعض حالات استثنایه دن متولا وضع حملی قید احتیاطده بولندرمق .

(۹) عملیات قیصریه و تولید جبری و ولادت عسیره منللو واسطه لری حواله نك تدایوسی حقنده اصول اتخاذ ایتمک .

هرکونا تدای و تدابیر طبیه نتیجه حاصل ایمیوب والده بر موت محققه معروض اولدقجه تولید جبری به مراجع ایدمالی الحاصل آتی قطع امید ایدیلن احوالده چاره اخیره منللو قوللا تمیلیدر .

مشاهده مذکوره ۱۸۷۰ محاربه سنده یاره لکش اولوب آلت ناریه نتیجه سی واقع اولان بو یاره دن صکره غایتله موخج بر ندبه کلوئیدی نی حامل اولان بر آدم دن باحتدر .

ملتقای ایسردن داخل اولان بر قورشون عضله و قیه حلمیه نك صافه حلیسی خدا سنده ینه عینی جهندن خروج ایتش ایدی قورشونك خروج ایتدیکی شو جرحه تقریباً (۴) سانتیمترو طولنده و (۳) سانتیمترو عرضنده بر کلوئید حاصل ایدرك ندبه مذکوره یکرمی اوچ سنه دبرو اوچاع دائمیه سبب اولمش و اوچاعه قارشى موقع استعماله وضع اولنان مختلف وسائط جراحیه نك هیچ بری کارکر تاثیر اوله مامشدر (کلوسه و یانه، مشراط، کئی یا لالکثریق آلتی، کی بالار آلتی) اشته شو خسته اوزرنده در که م. دولورم برنجی دفعه اوله رق غایتله شدتلی بر ضغط واسطه سیله ندبه نك نسج عصیسی تخریب ایتک فکرینی میدان تجربه یه وضع ایلمشدر .

م. دولورم ندبه یی اهام ایله سیابه نك ارسنه الهرق بشون قوتیه تضیق ایلمشدر . درت کون اره ایله ایکی دفعه اجرا اولنان بو عملیه دن صکره اوچاع کاملاً غیب اولمش ایدی . شفا اوچ سنه دبرى الان دوام ایتکده در .

دیگر طقوز مشاهده عوارض دها یقین بر زمانده حاصل اولمش عوارضدن عبارت ایدی ایسمده فقط بو خسته لر مدت مدیده دبرى تحت تداویده بولندیرلش و هیچ بر موفقیت استحصال اولنه مدینی حالده ضغط جبری بر ایکی دفعه تکرار ایدلکدن خسته لرك شفاسی تأمین ایدیه بیلمشدر .

❦ دو قنور دو بر ❦

❦ حواله نك تدایسی ❦

عملیات ولادیه و عملیات امراض نسائییه حقنده ۱۸۹۵ سنه میلادیه سنده جنوده انعقاد ایدن قونفرده حواله نك تدایسی کیفیتی موقع بحثه قونلایغندن بر بابده کی مقرراتی (اونیون معدیق) دن نقلاً ذکر ایدرك اروپا حکمای مشهوره نك افکارینی قارئین کرام حضراتنك انظار استفاده سنه وضع ایدیورز .

ضغط جبریء مذکور فی الحقیقه درجهٔ نہایہدہ موجب وجع ایسہدہ فقط بالآخرہ حصولہ کلن استراحت اولقدر موجب خشنودی اولشدرکہ م. دولورم خستہلرندن ہیج بری شو اصول تدایویہ معروض اولمقدہ اظہار اثار تردد ایتمامشدر .

وخیم افعال منعکسہ بصلیہ تگون ایدر قورقوسیہ فلورنل استعمال اولنہمدی ایسہدہ فلورنل وسائر موضعی مبطل حسلرک استعمالنندن دخی استفادہ اولنہبیلیر . اصول مبحوثعنہک انقلابات عظیمہینی یاخود آز چوق وسعتی اولہرق معند فلجلری انتاج ایدن تطویل اعصاب یاخود خزاع العصب عملیاتنہ ویاخود تفرق اتصال عصبیینی ایقاع ایدن بالجلہ عملیاتنہ مرجح اولہجنی طبعیدر .

عملیاتک اصول اجرانندہ شایان اشعار مهم بر جہت واردر .

ضغط جبری عملیہسندن ارزو اولنان نتیجہنک تماماً استحصالی ایچون ندبہنک و خفیف بر تضیق واسطہسیلہ درجهٔ نہایہدہ وجع حصولہ کتیرن قطعۃ التہابیہنک بالجلہ نقاطنی ضغط ایتمک الزمدر .

وسعت جہتندن غیرتام اولان بر ضغط غیرکافی اولہرق عملیاتک بر قاج دفنہ دہا تکررینی استلزام ایدہبیلیر . موققیاتک اک بارلاغی فرط حسہ متبلا اولان منطقہنک تمامیلہ تحدیدندنصکرہ غایت موجع اولان نقاط محیطیہنک جملہسندہ ضغطک مطلوبہ موافق بر صورتدہ اجرا اولدینی احوالہ استحصال اولنہبیلیمدر .

شو اصول تدایویہ اک چوق مساعد اولان ناچہلر، اطرافک نہایتندہ جرح نتیجہسی اولہرق حصولہ کلن التہاب عصب جرحینک کتیر الوقوع اولدینی احوالہ واقع اولدینی کبی اعصابک سطوح عظیمہ اوزرنندہ ضغط اولنہبیلیدیکی ناحیہلردر .

م. دولورمک کتابندہ مندرج اولان اون عدد مشاہدہدن التیسی ایاق اصابع و رسغ یارہسی نتیجہسی اولہرق حاصل اولان التہاب عصبہ عائد اولوب بری ساقک جرحنہ: دیگر اوچیدہ عنقک، وجہک وکتفک جرحنہ عائددر .

اعصابک عمیق اولوب بر سطح عظمی ایلہ مناسبتندہ بولندینی احوالہ ضغطک دہا از قولای ودها از مؤثر اولہجنی طبعیدر .

حرہسنی بولہمدیغندن م. دولورم اصولنی احوال مذکورہدہ موقع تطبیقہ وضع ایدہمامشدر . بو خصوصہدہ وقوعات کرچہ مفقود ایسہدہ فقط مسئلہ نظر محاکمہدن یکیریلہجک اولورسہ اصول مذکورک احوال مسرودہدہ بادیء تقع اولہجنی تظاہر ایدر .

ضغط جبری غایتلہ اسکی اولان التہاب اعصاب عوارضنہ قارشنی دخی استعمال اولنہرق استحصال تقع ایدیلہبیلیر . کتابندہ مندرج اون عدد مشاہدات ارہسندہ اک جالب اہمیت اولان برنجی مشاہدہ بو خصوصی مؤیددر .

احتقاق رحم احتمالی یاخود بر سبب عمومی به مربوط التهاب عصبی بی بالطبع برطرف
ایستدکنصکره موقع اجزایه وضع ایلیدیکم اصول بودر شویله که :

منطقه موجهه نك افراط حسه مبتلا اولان شبکه محیطیه نك وسعتی تعیین ایستدکن
صکره خسته بی اوطوردینی ویاخود یا تمش اولدینی حالده صاعد ایله رسغ الید قوتلی بر
صورته ثابت بر حالده بولندیره رق معاونلر واسطه سیله طوتدیررم . خسته اولان
پارمنی یکدیگری اوزرینه موضوع ابهام و سبابه لرم ایله طوته رق بتون قوتی بردن
صرف ایله افراط حسه مبتلا اولان منطقه نك بالمله نقاطی متعاقباً ضغط ایستدیکم کبی
جرحه یاخود ندبه اوزرنده بولنان ویاخود انلره یقین اولان نقاطی دخی تضییق ایدرم
فعل ضغطی الک جوق قوتی صرف ایستدیکم حالده الک زیاده موجع اولان منطقه لردن
بدأ ایدرک بالاخره نقاط سائریه طوغری یوروتیرم .

جراح ایله مریض طرفدن صرف اولنان کلیتی قوتدن ناشی بر قاج ثانیه یاخود
بر قاج دقیقه دن زیاده امتداد ایده میان برنجی دفعه دن صکره افراط حس باقی قاله جق
اولورسه بر قاج دقیقه استراحتدن صکره عملیاته ینه تکرار باشلار یاخود معاونلردن
برینه پایدیررم . عینی پارمنی متعاقباً ایکی یاخود اوچ طلبیه ضغط ایستدیردیکم واقع اولمشدر .
اوجاعک شدت ووسعتی ایله انلرک بر ضغط تجربه سندن صکره ینه تعند ایتمی
کیفیتی درت یاخود الی کون اره ایله بر ایکنجی یاخود بر اوچنجی دفعه اوله رق
عملیاتی تکراره نجی مجبور ایتمشدر . علی الاکثر یالکتر بر دفعه ایله نتیجه مطلوبه حاصل
اولمشدر .

ضغط ایدلش اولان پارمق سکز اون کون قدر ضاغظ و ممسک باموقی بر تیمار
واسطه سیله محافظه ایدیلیر .

بر ایکی یاخود نادراً بر قاج کره ضغط اجر اسندن صکره فرط حس غیب اولور
وهیج بر اضطراب ایقاع ایتمکسزین وحس ضغط دخی محو اولمقسزین ندبه بوغوریه .
بیلیر اعصابک سیری طولنجه منشاء شوکیه قدر منتشر اولان اوجاع درعقب زائل
اولدینی کبی احتلالات اغتدائییه دخی غائب اولور (عرق، اوژیما، زرق : حول مفصلیه) .
الحاصل خسته اذا وجفا ایله حالی بر حیاتدن بردنبره حال طبیعی به کچرکه بوده
غایت بسیط اولمله برابر هیج بر خساراتی ایقاع ایتیمان بر اصول ایله واقعدر .

ضغطک شدتی، ندبه نك اینجه لکی وقوه توتریه سی هر نه اولورسه اولسون م . دولورم
هیج بر وقت نه کدمه نه ده اتار تحزق مشاهده ایتمشدر . نتیجه مذکوره ابهاملرک
الاستیقت و قاللنی وتضیقالتک استقامت عمودیه سی ایله ایضاح ایدیلیر .

جرحینک امار الصلحه

عسکری و ملکی و دولتی و علمی و سیاسی

جنفط موضعی و جبری واسطه سیله جرحی یا خود

التهابی المنشاء التهاب اعصاب عوارضك غیوبتی

التهاب عصب محیطی جرحینک جراحی اولسون طبی اولشون هر نوع وسائط مداواته قارشى نه درجه لرده معد اولدینی و آفت مذکور به مبتلا اولان اشخاصك نه درجه لرده اضطراب انکیز بر حیات امرار ایلدکلى دخی هر کسجه معلومدر. ده بورط مکافاتی احراز ایدن بر رساله ده (وال دو غراس) خسته خانه سی معلمی موسیو دولورم بسیط اولمقله برابر غایتله مؤثر بر اصول بیان و اصول مذکوری التهاب عصب احوا. لنده موقع اجرایه وضع ایدرك هر وقت بر نتیجه حسنه ده دسترس اولدینی اثبات ایتمکده بولمشد. اصول مذکورك حسن تأثیری رساله ده مندرج اولان اون عدد مشاهدات طیه ایله مثبت اولوب وتوعات مذکوره ذاتاً دارالفنون طبی و فن جراحی جمیع اعضاسی طرفندن نظر تفتیشدن کچیریلرک حقیقت حال تظاهر ایتمشدر. اصول مذکورك تعریفی بوجه زیر بیان اولنور.

م. دولورم دیرکه «فرض ایدمکه بر جرش، بر جرحه رضیه: بر شق فلفمونیدن صکره یا خود بر پارمک انتظامبخش بترندن صکره مذکور پارمق موجه قالسون! اوجاع موضعی و یا خود اوزاغه طوغری حتی جذور شوکیه به قدر منتشر فرض اولنسون

(سيلان ابيضه قارشو الك امنيتلى بردوا)

Emulsion au Pin Mugho

دوقتور بونفودك (موغو) صنوبرى مستحلى
ايكى قاشق شربنه الله غسولات ايجون مستحلب
وصو مساوى مقدار باليو ايجون مفسلك
استيعابه كوره يا بر يا يارم ويا ربع شيشه *

(دوقتور بونفودك قره آزوتلى اكسبرى)

Elixir Créosoté

مقدار: يوميه صو ويا صيماق وشكرلى سود
درونده ٤:١ قاشق .

(مضاد عصبي — مضاد فقر الدم)

DRAGÉES

DU DR HECQUET

دوقتور هقله نك يكيتم بروميت حديدلى

دوازه شكرله لرى

بلا قبض اعصابى تكين قانى تعمير ايدن اك
مؤثر و يكانه بر علاجر .

هرطعامده ٣:٢ دانه اكسبر وشرونى واردر

(پيسنلى ودياستازلى شاسن شرابى)

VIN DE CHASSAING

(Pepsine et Diastase)

آفات طروق هضميه وسؤ هضمده مستعملدر
ويقتوريا سوغاى نومرو ٦ يارس — و بالچله
اجزخانه لرده

(فوسفاتين فالير)

PHOSPHATINE FALIÈRES

غايت لطيف برغدا اولديغى كچى التى يدى آلتق
وباخصوص نشوونما زماننده و قظام دورنده
بولنان اطفال نوزاده ايجون منتفج برطعمدر،
سننى تسهيل واسنانك حسن تشكىل تايمين ايدر *

(قبضى دافع حقيقى مسهل ويشى)

Poudre Laxative de Vichy

اخذى سهيل ولطيف وامنيتلى بر مسهلدر .
شيشه سى ٢ فرانك اللى سانيم .
مقدار معتادى : يئاركن بر آز صوايله
قاريدير برق برقهوه قاشقى .

(نوروزين پرونيه)

NEUROSINE PRUNIER

جله عصيه ايجون على العموم مقوى	{ ١ = نوروزين — شروب ٢ = نوروزين — حبيب ٣ = نوروزين — كلاج }	انخفاض جله
		عصيه دافع
		شقيقه ضعيفت

عمومى دپوسى شاسن نومرو ٦ يارس ويقتوريا جاده سى

GAZETTE DES HOPITAUX

91436

CIVILS ET MILITAIRES
DE L'EMPIRE OTTOMAN.

SOMMAIRE. — De l'Application de la Greffe cutanée (méthode de Thiersch) au traitement de l'Ectropion cicatriciel, par le **Dr Dicran Adjémian**. — Revue des journaux. — L'acide gallique dans les hémoptysies des tuberculeux. — Formules.

DE L'APPLICATION DE LA GREFFE CUTANÉE

(Méthode de Thiersch) au traitement de l'ectropion cicatriciel

par le **Dr DICRAN ADJÉMIAN**, de Constantinople.

Le traitement de l'ectropion cicatriciel a été, depuis les temps anciens jusqu'à nos jours, l'objet d'études sérieuses de la part d'un grand nombre de chirurgiens et d'ophtalmologistes. Différentes méthodes et procédés opératoires, souvent très ingénieux, ont été imaginés et appliqués au traitement de cette maladie avec des résultats plus ou moins favorables.

Le but que je me propose est d'attirer l'attention sur les résultats heureux que peut nous fournir l'application de la greffe dermo-épidermique de Thiersch au traitement de l'ectropion cicatriciel.

Au préalable et comme comparaison, je n'ai pas hésité à essayer l'application cutanée — méthode Lefort-Wolf — au traitement de l'ectropion cicatriciel. Par cette méthode, j'ai opéré dans le courant de l'année 1886 deux cas d'ectropion cicatriciel, dont je crois utile de rapporter ici l'observation.

Obs. 1. — Homme âgé de 30 ans, d'une constitution excellente et sans aucun antécédent héréditaire ou acquis, se présente le 27 septembre 1886 avec un ectropion cicatriciel de la paupière inférieure droite, produit, au dire du patient, il y a trois ans, à la suite d'une blessure de la région palpébro-malaire par instrument contondant. La paupière inférieure droite

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

est complètement renversée et son bord ciliaire fixé à la joue par des brides cicatricielles; la conjonctive palpébrale est fortement infiltrée, hypertrophiée et d'une couleur rouge foncé; la conjonctive bulbaire aussi est rouge et infiltrée, mais seulement dans sa partie inférieure; la cornée est trouble dans son tiers inférieur, où la surface de cette membrane est inégale par suite d'excoriations épithéliales. Dans les efforts d'occlusion palpébrale, l'œil droit ne peut pas être protégé dans la partie inférieure, la sécrétion conjonctivale est assez abondante.

Le patient fut opéré sous le chloroforme, le 3 octobre 1886, de la manière suivante: après avoir lavé l'œil malade, d'abord à l'eau chaude et ensuite avec une solution antiseptique, je pratiquai, à l'aide d'un bistouri, une incision courbe parallèlement au bord palpébral adhérent, laquelle incision dépassait en dedans, comme aussi en dehors, la limite de la paupière. Je libérai alors la paupière aussi largement que possible, en ayant soin de détruire toutes les brides cicatricielles que je rencontrais sur mon chemin et en les excisant au besoin. La paupière ainsi libérée pouvait être ramenée à sa position normale, sans qu'il y eût nulle part le moindre tiraillement. Dans cet état, je réunis les deux paupières par quatre points de suture, dont les fils furent fixés au front au moyen du collodion. La plaie créée par cette opération avait plus de 4 centimètres de longueur et de 2 centimètres et demi de hauteur. Un lambeau cutané détaché du bras droit, dépassant de quelques millimètres dans tous les sens les dimensions de la plaie, et dépourvu de tissu cellulaire sous-cutané, fut appliqué sur la paupière et réuni aux bords de la plaie palpébrale par 12 points de suture. Ceci fait, nous appliquâmes sur l'œil opéré un pansement composé d'une rondelle de protectrice, de coton aseptique, d'une rondelle de toile cirée et d'un bandage.

Le patient, porté alors doucement dans son lit, reçut le conseil de garder la plus grande tranquillité. Le second jour, à mon arrivée à la clinique, j'apprends du garde-malade que l'opéré avait passé une nuit agitée et n'avait pu dormir que très peu. A mon examen, je constate chez lui un certain mouvement fébrile: pouls 96, température 38°, langue chargée; le malade n'accuse aucune douleur dans l'œil opéré, le bandage est bien en place. Je lui prescris la diète et des boissons rafraîchissantes. Le troisième jour, l'état du malade est bien meilleur. Le quatrième jour, le bandage est souillé par les sécrétions de l'œil; en enlevant les pièces du pansement, je sens une odeur fétide, le lambeau présentait une couleur violacée et était tout à fait insensible; à la pression, du pus verdâtre suintait à travers les bords du lambeau, une partie des sutures avait déchiré la peau, et l'endroit des piqûres était infiltré de pus.

En présence de cet aspect défavorable, il ne me restait autre chose à faire que de débarrasser la paupière de ce lambeau gangréné et de traiter la plaie infectée suivant les règles de la chirurgie. Sous l'influence de ce traitement, la cicatrisation fut obtenue dans l'espace de vingt jours, mais par suite de la forte rétraction cicatricielle, l'ectropion reparut. Le même patient fut opéré, après plusieurs mois, par le procédé de blépharoplastie de Fricke avec un résultat satisfaisant.

Obs. 2. — Homme âgé de 42 ans et exempt de tout antécédent héréditaire ou acquis, est atteint à la paupière supérieure gauche d'ectropion cicatriciel total, consécutif, au dire du patient, à une ulcération de la région palpébro-sourcilière gauche dont il aurait souffert cinq ans avant. Le malade entre à l'hôpital le 10 décembre 1889. La paupière est complètement renversée, son bord ciliaire adhérent au sourcil, mais pas au rebord orbitaire; la conjonctive palpébrale est hypertrophiée, d'une couleur rouge foncé, et son épithélium est en partie sec comme l'épiderme.

Le 12 décembre, l'opération fut pratiquée sous le chloroforme et avec les mêmes précautions antiseptiques que chez le malade faisant le sujet de notre première observation. La plaie de la paupière, qui mesurait 3 centimètres de longueur sur 17 millimètres de hauteur, reçut, cette fois-ci, un lambeau cutané emprunté à une autre personne, opérée au même moment de trichiasis, par le procédé de transplantation de cils de mon regretté maître, le professeur von Arlt, de Vienne, avec cette différence que le lambeau cutané excisé était un peu plus grand que d'habitude.

Pour pratiquer cette double opération d'ectropion et de trichiasis, je procédai de la manière suivante: après avoir bien libéré la paupière supérieure ectropionnée et réuni son bord ciliaire avec celui de la paupière inférieure à l'aide de trois points de suture, je couvris la surface de la plaie palpébrale d'une compresse trempée dans la solution de 1/5000 de sublimé corrosif. Je commençai alors l'opération de trichiasis, et le lambeau cutané, détaché de la paupière opérée, fut aussitôt transplanté sur la surface cruentée de la paupière qui était le siège de l'ectropion et fixé par quelques points de suture. Malheureusement, le lambeau excisé ne suffit pas à couvrir complètement la plaie. Sur la paupière, saupoudrée préalablement d'iodoforme, furent appliquées les autres pièces de pansement ainsi qu'un bandage monocle. Le second jour, l'état de l'opéré était des plus satisfaisants; il avait bien dormi la nuit, pas de fièvre ni de souffrance, appétit bon; troisième, quatrième, cinquième, sixième jours, même état. Le septième jour, le bandage étant relâché, il fallut le renouveler. Or, après avoir enlevé les pièces de pansement et débarrassé soigneusement la paupière de la couche d'iodoforme, je trouvai le lambeau sec, insensible et d'une couleur tout à fait noire.

Malgré cet aspect défavorable, comme le lambeau greffé paraissait adhérent aux parties sous-jacentes, j'ai cru devoir le laisser encore en place. Le même pansement appliqué sur l'œil a été changé après deux jours. Cette fois-ci, le lambeau transplanté se détacha de lui-même avec les pièces de pansement ; il offrait une couleur noire comme du charbon, et un aspect corné ; les deux paupières étaient aussi désunies. Sous un pansement à l'iodoforme, la plaie résultant de l'expulsion du lambeau guérit dans l'espace de douze jours. Cependant, l'ectropion reparut consécutivement à la rétraction cicatricielle. Dans cet état, l'opéré quitta l'hôpital, mais il y revint quelques années après pour subir la même opération par la méthode de greffe cutanée de Thiersch.

L'insuccès complet observé dans les deux cas précédents a produit, il est vrai, sur moi une triste impression. Chez les deux malades, la gangrène du lambeau, cette redoutable complication, avait annulé tout le résultat attendu d'une opération pratiquée avec tant de soins et de précautions antiseptiques. Cependant, l'idée de restauration des paupières par greffe cutanée me paraissait tellement pratique, que malgré la malheureuse expérience que je venais de faire, je ne voulais pas renoncer à cette nouvelle méthode de blépharoplastie, avant d'avoir acquis une certitude absolue relativement à l'impossibilité de son application au traitement de l'ectropion cicatriciel.

Peu de temps après, j'eus connaissance de la méthode de greffe cutanée de Thiersch et de son heureuse application en chirurgie. Je conçus alors l'idée d'utiliser cette nouvelle méthode de greffe cutanée dans le traitement de l'ectropion cicatriciel. Néanmoins, pour être juste, je dois avouer sincèrement que cette idée ne me vint à l'esprit qu'après la lecture dans les *Archives d'ophtalmologie*, de l'intéressant article de Vialet (1) intitulé : « Un nouveau procédé de greffe cutanée en ophtalmologie. La méthode de Thiersch et ses indications en chirurgie oculaire. » Or j'ai le plaisir d'annoncer que, encouragé par le succès que j'ai obtenu dans un premier cas d'ectropion cicatriciel, opéré en 1889, j'ai pratiqué cette opération jusqu'aujourd'hui successivement dans quarante-deux cas d'ectropion cicatriciel, avec des résultats que je vais exposer. Mais, auparavant, qu'il me soit permis d'entrer dans quelques détails relatifs à la technique opératoire ainsi qu'au traitement post-opératoire.

Immédiatement avant l'opération, l'œil et son pourtour sont bien lavés d'abord à l'eau chaude et ensuite avec une solution antiseptique, le plus souvent avec la solution de sublimé corrosif au 1/5000. Je pratique alors, à l'aide d'un bistouri tranchant ayant préalablement séjourné dans une

(1) *Archives d'ophtalmologie*, 1889, p. 71.

solution de 2 p. 100 d'acide phénique, une longue et assez profonde incision parallèlement au bord ciliaire adhérent de la paupière ; je prolonge cette incision de chaque côté, de manière que sa longueur dépasse celle de la paupière. Je commence ensuite à libérer la paupière malade en détachant les adhérences par de petits coups de bistouri et en excisant les brides cicatricielles que je rencontre sur mon chemin, brides qui empêchent le redressement de la paupière. Ce débridement de la paupière malade doit être continué jusqu'à ce que la réposition de celle-ci puisse se produire facilement et sans qu'il existe nulle part le moindre tiraillement. Une fois ce résultat obtenu, je réunis les deux bords palpébraux à l'aide de 3 à 4 sutures de soie aseptique ; mais dans le cas où les deux paupières (supérieure et inférieure) sont atteintes d'ectropion, cette réunion n'étant pas possible, je passe les fils de suture seulement à travers le bord de la paupière opérée, et je forme alors de ces fils un faisceau que je fixe au front ou à la joue, suivant qu'il s'agit d'un ectropion de la paupière inférieure ou supérieure, en ayant soin de tirer d'avance les fils de suture dans le sens contraire à celui de l'ectropion. Par cette dernière manœuvre je cherche à bien tendre la paupière et à agrandir ainsi la surface de la plaie, conformément au conseil donné par Wiecherkievicz (1) dans son excellent travail relatif à la greffe cutanée secondaire ; avec cette différence toutefois que, lui, il passe les sutures seulement à travers la paupière sur laquelle il pratique l'opération ; tandis que moi j'exerce cette traction, le plus souvent, après avoir réuni les deux paupières ensemble. Nous verrons plus loin que cette sorte d'agrandissement de la surface palpébrale produit par traction est d'une grande utilité pour le résultat opératoire définitif. Un autre avantage de cette traction, c'est de rendre bien visible quelques petites brides cicatricielles qui, sans cette précaution, pourraient passer inaperçues, et de nous permettre de les sectionner toutes.

Après avoir pratiqué d'une manière suffisante la libération et le débridement de la paupière ectropionnée, il est encore nécessaire de rendre la surface de la plaie aussi égale et aussi unie que possible, en excisant les tissus qui font saillie, de manière à permettre au lambeau qu'on doit greffer une coaptation parfaite. Enfin, pour rendre plus étendue la surface de la plaie, on peut pratiquer à la circonférence de celle-ci une dissection sous-cutanée de quelques millimètres de profondeur. Cela fait, je couvre la plaie d'une compresse pliée trois ou quatre fois et trempée dans une solution antiseptique, à travers laquelle un aide exercé avec la main une

(1) *Graefe's Archiv für Ophthalmologie*. 1886. Abtheilung IV, p. 189. Über secundäre stiellose Hauttransplantation und seine Verwerthung für Blepharoplastie.

certaine pression sur la paupière opérée, dans le but de favoriser l'hémostase.

Il ne reste alors qu'à enlever au rasoir un lambeau suffisamment grand pour pouvoir couvrir sinon la totalité, au moins la plus grande partie de la plaie palpébrale. Dans ce dernier cas, on y ajoute d'ordinaire un ou deux autres petits lambeaux. Mais avant de tailler le lambeau à transplanter, il faut que le bras auquel on l'emprunte dans l'immense majorité des cas, soit bien lavé d'abord à l'eau chaude savonneuse et ensuite avec une solution antiseptique, ou mieux encore avec de l'alcool absolu; qu'il soit tenu en forte tension afin qu'on puisse sectionner facilement le lambeau qui, aussitôt excisé, doit être immédiatement appliqué sur la surface de la plaie. On aura alors soin de l'étaler attentivement et de mettre ses bords bien en contact avec ceux de la plaie.

Lorsque le lambeau cutané est ainsi soigneusement appliqué sur la plaie palpébrale, avec un pinceau chargé d'iodoforme finement pulvérisé, je saupoudre toute la paupière, j'applique par-dessus une compresse trempée dans une solution de 4 p. 100 d'acide borique, plusieurs couches de coton hydrophile et un bandage plus ou moins compressif. Dans cet état, le malade est transporté dans son lit où il doit garder pendant vingt-quatre heures une tranquillité aussi parfaite que possible, en ayant soin de ne pas déranger le bandage. Les jours suivants, l'opéré peut s'asseoir sur son lit et même se promener dans la chambre qu'il occupe. Le premier jour de l'opération, je ne permets que des aliments liquides, tandis que plus tard le malade peut prendre graduellement sa nourriture habituelle.

J'ai l'habitude de laisser le pansement sur l'œil opéré pendant une semaine ou tout au moins cinq-six jours, et de ne le changer qu'après ce laps de temps. Déjà, à cette époque, le lambeau greffé a, dans les cas heureux, contracté avec les tissus sous-jacents des adhérences plus ou moins fortes et présente souvent dans sa totalité une couleur rose ou rose pâle. Quelquefois il est aussi doué d'une sensibilité tactile dans toute son étendue; d'autres fois cette sensibilité ne s'établit qu'après quinze, vingt et même trente jours. Un pansement identique réappliqué sur l'œil n'est renouvelé qu'après trois ou quatre jours. Souvent on observe alors un commencement d'exfoliation épithéliale se manifestant sur la surface de la paupière greffée. Rarement cette exfoliation épithéliale apparaît plus tard. Ordinairement, elle devient visible vers le dixième ou douzième jour.

Dès que je constate l'exfoliation épithéliale du lambeau greffé, je cesse l'usage de la poudre d'iodoforme pour la remplacer par la vaseline boriquée; à cet effet, j'applique sur la paupière opérée une compresse pré-

alablement trempée dans une solution de 4 p. 100 d'acide borique et enduite d'une couche épaisse de vaseline boriquée, par-dessus plusieurs couches de coton hydrophile et un bandage monocle. Ce pansement, que je renouvelle chaque jour, doit être continué pendant un mois et demi, quelquefois, suivant les cas, deux, trois et même quatre mois, jusqu'à ce que le lambeau transplanté acquière le même degré de souplesse que la peau avoisinante. Un autre avantage du pansement à la vaseline boriquée, c'est de faciliter l'expulsion de débris d'épithélium exfolié, lequel est bientôt remplacé par une nouvelle couche épithéliale.

J'attache une importance toute spéciale à la continuation prolongée du pansement à la vaseline boriquée, qui non seulement modifie d'une manière favorable l'aspect et la consistance du lambeau greffé, mais s'oppose encore, jusqu'à un certain point, à la réduction de sa surface par rétraction. C'est un fait que j'ai observé dans un grand nombre de cas opérés par moi. Une autre circonstance, bien importante au point de vue pratique, c'est que dès le moment où le lambeau transplanté offre le degré de souplesse voulu, on peut être sur et certain que le danger de diminution de surface par rétraction ultérieure est tout à fait écarté. Quant à l'application prolongée du bandage, elle a aussi son utilité, en ce sens qu'en maintenant la paupière dans sa position redressée, elle empêche le renversement de celle-ci jusqu'à la guérison définitive. La nécessité de maintenir l'œil opéré sous un bandage est d'autant plus grande, qu'il est rare que les deux paupières restent unies par les sutures plus de dix jours. Ordinairement, on trouve, au bout de ce laps de temps, les sutures détachées et les paupières désunies.

Maintenant que j'ai décrit le procédé opératoire ainsi que le traitement à suivre après l'opération, je désire analyser la question de plus près et exposer ma manière de voir relativement aux circonstances qui peuvent avoir de l'influence sur le résultat opératoire. Ces circonstances sont les suivantes :

1° La paupière sur laquelle on pratique l'opération doit être largement débridée et bien tendue ensuite au moyen de fils de suture, de manière à lui donner une étendue comparativement supérieure à celle d'une paupière normale. On obtient ainsi une vaste plaie palpébrale, laquelle pourra être comblée par un lambeau cutané relativement plus grand. C'est une mesure de précaution importante qui a pour but d'obtenir, après un certain degré de raccourcissement par rétraction, une surface palpébrale suffisante à protéger régulièrement et facilement le globe oculaire.

2° Pour avoir une coaptation parfaite entre le lambeau greffé et la

plaie, il faut que la surface de celle-ci soit exempte d'inégalités ; car une coaptation défectueuse favorise la mortification du lambeau.

3^o La section d'un bon lambeau d'une certaine étendue n'est pas une chose très facile. Il faut avoir de la pratique pour pouvoir enlever, au moyen d'un rasoir bien tranchant, un grand lambeau cutané conformément à la méthode de Thiersch. On doit, en outre, se garder de contusionner la peau pendant la section.

4^o Il est vrai que le lambeau détaché par la méthode de Thiersch est doué d'une élasticité moindre que celui pris par la méthode Lefort-Wolf, néanmoins il possède-toujours une certaine tendance à s'enrouler et à produire ainsi un recroquevillement de ses bords. Il est donc absolument nécessaire non seulement d'étaler bien le lambeau sur la surface de la plaie palpébrale, mais encore d'en redresser attentivement les bords à l'aide d'une spatule en écaille, et de les mettre soigneusement en contact avec les bords de la plaie. C'est là une précaution qu'on ne doit jamais négliger, sous peine d'avoir un insuccès.

5^o Il est préférable que le lambeau cutané, pris à l'aide du rasoir, soit assez grand pour pouvoir couvrir toute la surface de la plaie palpébrale. Il faut avouer pourtant que cela n'est pas toujours possible, il arrive quelquefois que le lambeau détaché ne soit pas assez grand, on a alors besoin d'en exciser un second et même un troisième pour pouvoir combler toute la plaie ; mais je puis affirmer que le meilleur résultat opératoire est observé ordinairement dans les cas où l'on n'a eu besoin, pour la restauration palpébrale, que d'un seul et unique lambeau, et par cela même, nous agissons suivant un principe contraire à celui indiqué dans le procédé de greffe cutanée en mosaïque de de Wecker.

6^o Il arrive quelquefois que, malgré une opération pratiquée d'une manière irréprochable, même quand tout le lambeau greffé a contracté des adhérences et que la paupière opérée a une étendue suffisant à la protection du globe oculaire, l'application de celle-ci à l'œil reste cependant défectueuse. On trouve dans ces cas un certain écartement entre la paupière et l'œil, en d'autres termes, une éversion palpébrale. Cet état, qu'on n'observe qu'exclusivement à la paupière inférieure, pourrait nous en imposer pour un commencement d'ectropion ; il n'en est rien pourtant. La cause de cette adaptation défectueuse de la paupière doit être cherchée plutôt dans la destruction d'une partie des fibres de l'orbiculaire, qui est, comme on le sait, le muscle par excellence pour maintenir la paupière dans sa position normale, et dont les contractions produisent l'occlusion palpébrale et favorisent la progression des larmes vers le canal lacrymal.

Pour remédier à cet inconvénient d'éversion de la paupière opérée,

il n'y a, à mon avis, qu'un seul moyen, c'est de pratiquer la tarsorrhaphie, qui ramène la paupière à sa position normale, et empêche toute éversion ultérieure.

7° Chez la plupart des opérés d'ectropion, mais surtout chez ceux qui ont eu à subir l'opération sur la paupière supérieure, on observe une diminution de la mobilité, un certain état de ptosis léger, par suite duquel l'œil paraît plus petit et la fente palpébrale plus étroite du côté opéré comparativement au côté sain. Cette réduction de la mobilité doit avoir probablement pour cause l'inaction à laquelle est condamné le muscle releveur de la paupière supérieure, par le fait même du processus destructif qui a produit l'ectropion.

8° Une autre circonstance, qui a une très haute importance au point de vue pratique, c'est de connaître le degré de rétraction que peut subir ultérieurement le lambeau cutané transplanté. Nul doute que la rétraction doit produire une réduction de ses dimensions primitives, mais cette réduction a une limite qu'elle ne dépasse pas ordinairement. Lorsqu'un lambeau cutané a bien pris, il est excessivement rare de voir le travail de rétraction s'avancer à tel point que le lambeau greffé puisse perdre plus de la moitié de son étendue ; bien plus souvent, le travail de rétraction s'arrête après avoir réduit les dimensions du lambeau transplanté aux deux tiers ou tout au plus à la moitié.

Quel que soit le degré de la rétraction, celle-ci est toujours plus forte dans le sens de la hauteur que dans celui de la longueur. Un fait qui mérite d'être signalé, c'est que la rétraction est presque nulle dans le cours du premier septenaire après l'opération ; c'est dans la suite et surtout dans le cours du premier mois qu'elle devient manifeste ; plus tard, l'action réductrice de la rétraction s'exerce de plus en plus lentement, pour s'arrêter enfin d'une manière définitive dès que le lambeau greffé a acquis de la souplesse ; à partir de ce moment, on peut suspendre le traitement et laisser l'œil libre, sans la moindre crainte d'une rétraction ultérieure. Des mensurations nombreuses, pratiquées sur plusieurs malades à différentes reprises et à des intervalles éloignés, m'ont fourni l'occasion de m'assurer de l'exactitude de ce fait.

Il résulte de ce qui précède qu'il est toujours avantageux de débrider très largement la paupière ectropionnée, de créer ainsi une plaie à surface aussi étendue que possible et de transplanter sur cette plaie un lambeau cutané à dimensions proportionnées ; en agissant ainsi, on ne risquera pas d'avoir, après l'évolution du travail de rétraction, une paupière trop courte, ni l'inconvénient d'une occlusion palpébrale insuffisante.

Les considérations dans lesquelles je viens d'entrer sont le résultat de l'expérience acquise à la suite de 42 cas d'ectropion cicatriciel que j'ai eu l'occasion d'opérer, depuis l'an 1889 jusqu'au mois de mars de l'année courante (1897), par la greffe cutanée méthode de Thiersch.

Sur ces 42 cas, 26 (dont quinze appartiennent à la paupière supérieure et onze à la paupière inférieure) ont été opérés avec un résultat définitif parfait, en ce sens que non seulement le lambeau greffé a bien pris tout en devenant ensuite bien souple, grâce au traitement institué, mais encore la paupière opérée a présenté, après un certain degré de rétraction, une étendue suffisante à la protection régulière du globe oculaire.

Dans onze cas (dont deux à la paupière supérieure et neuf à la paupière inférieure) l'opération ne nous a donné qu'un résultat médiocre, c'est-à-dire pas tout à fait satisfaisant. Il ne serait pas, je pense, sans intérêt de donner quelques explications relativement aux circonstances qui ont contribué à la production de ce résultat imparfait; il faut avouer d'abord qu'il ne nous a pas été toujours possible de tailler, au moyen du rasoir, un grand lambeau conformément à la méthode de Thiersch et suffisant à couvrir entièrement la plaie, de sorte qu'il nous a fallu en ajouter un ou deux autres. Or, comme il en a été fait mention précédemment, il est rare que dans ces conditions tous les lambeaux contractent à la fois des adhérences avec le tissu sous-jacent; ordinairement, la mortification ou le détachement de l'un ou de quelques-uns de ces lambeaux greffés entraîne inévitablement à sa suite la formation d'une cicatrice, dont la rétraction modifie, d'une manière plus ou moins défavorable, le résultat attendu de l'opération. D'autres fois, quoique plus rarement, il arrive que, malgré la transplantation sur la plaie palpébrale d'un seul et unique lambeau, celui-ci n'adhère pas dans sa totalité au tissu sous-jacent et qu'une portion du lambeau greffé tombe en gangrène; dans ces conditions on sera obligé naturellement d'exciser la partie mortifiée. Il est évident que dans ce dernier cas encore le résultat opératoire ne peut être qu'imparfait.

Pour obvier aux inconvénients qu'entraîne à sa suite une opération à résultat imparfait, il n'y a qu'un seul moyen, c'est de réopérer le malade et de transplanter sur la paupière un nouveau lambeau taillé convenablement. J'ai eu une seule fois l'occasion d'agir ainsi chez un malade dont les quatre paupières étaient ectropionnées à la suite d'une brûlure de la face, et que j'ai opérées successivement. Chez ce malade, dont je citerai plus tard l'observation, l'opération consécutive m'a donné, à ma

grande satisfaction, un très bon résultat, et par cela même le nombre des succès a pu être porté de vingt-six à vingt-sept.

Dans cinq cas d'ectropion cicatriciel, soumis à la même opération, le résultat opératoire fut nul, soit par mortification, soit par suite de détachement du lambeau greffé. Dans ce dernier cas, la séparation eut lieu la plupart du temps dans le premier septénaire et au moment de lever le pansement.

Relativement aux dimensions des lambeaux cutanés greffés, je dois dire qu'elles ont été différentes suivant les cas et proportionnées toujours, à l'étendue de la surface à couvrir. Cependant, à chaque lambeau nous avons toujours donné une longueur supérieure relativement à la hauteur, le minimum de longueur des lambeaux transplantés n'a jamais été inférieur à trois centimètres, quelquefois elle a été de quatre et même de quatre centimètres et demi. Quant à la hauteur du lambeau cutané greffé, que celui-ci fût unique ou multiple, elle n'a jamais été moindre de un centimètre; ordinairement, le lambeau emprunté présentait une hauteur d'un et demi, de deux et même de deux centimètres et demi. Bref, nous avons cherché, dans tous les cas d'ectropion cicatriciel que nous avons eus à opérer, à donner au lambeau cutané une étendue d'autant plus grande que la destruction du tégument palpébral était plus prononcée; c'est en agissant ainsi qu'il nous a été possible de procurer très souvent, et après la rétraction réglementaire et la réduction consécutive des dimensions du lambeau cutané transplanté, une surface palpébrale suffisant à la protection oculaire.

Pour compléter ce travail, il me faut encore mentionner la tentative que nous avons faite dernièrement et qui est relative à la greffe secondaire, c'est-à-dire à la greffe cutanée, toujours par la méthode de Thiersch, à laquelle nous avons eu recours dans un cas opéré récemment, où le lambeau greffé se détacha complètement lors du premier pansement après l'opération. Dans ce cas, après avoir soumis la plaie pendant quelques jours à un pansement au sublimé corrosif, solution 1/5000, nous avons appliqué sur la surface bourgeonnante de la paupière malade un nouveau lambeau cutané emprunté au bras gauche, lequel non seulement a contracté des adhérences avec le tissu sous-jacent, mais encore nous donnera, comme je l'espère, un résultat opératoire assez satisfaisant.

Voici, maintenant, les observations de quelques-uns des cas opérés par moi:

Obs. 1.— Jeune homme âgé de 20 ans, d'une excellente constitution et sans aucun antécédent héréditaire ou acquis, se présente le 15 octobre

1887, avec une pustule maligne siégeant à la paupière inférieure gauche. Le malade fut traité conformément aux règles de la chirurgie, et lorsque, le 18 du même mois, le regretté professeur Trélat, de la Faculté de médecine de Paris, vint visiter notre hôpital, profitant de l'occasion, je m'empressai de lui présenter ce malade pour prendre son avis relativement au meilleur traitement à instituer dans ce cas, en vue de prévenir l'ectropion, qui devait être le corollaire immédiat et inévitable de la cicatrisation. L'éminent professeur, tout en confirmant mon diagnostic et en approuvant aussi le traitement, me conseilla de transplanter sur la surface bourgeonnante de petits lambeaux cutanés. Cependant, il nous fut absolument impossible de suivre le sage conseil du célèbre chirurgien français, par la raison que le malade fut obligé de quitter l'hôpital quelques jours après pour rentrer dans son pays, où une affaire importante l'appelait; ce n'est qu'après un intervalle de plus d'un an et demi qu'en revenant de son pays, il vint, le 10 juin 1889, réclamer nos soins pour la restauration de la paupière inférieure gauche complètement ectropionnée et dont le bord ciliaire était tout à fait adhérent à la joue. La paupière ainsi renversée formait, en quelque sorte, un triangle à angle obtus, ayant son sommet dirigé en bas; la conjonctive palpébrale ainsi que le cul-de-sac conjonctival et la partie inférieure de la conjonctive bulbaire étaient rouges et présentaient un certain degré d'infiltration; peu de sécrétion conjonctivale.

Le patient fut opéré le 12 juin 1889 sous chloroforme; je pratiquai d'abord une longue incision parallèlement au bord palpébral adhérent et à une petite distance de celui-ci, je procédai ensuite à la libération de la paupière, conformément aux prescriptions déjà indiquées de manière à pouvoir obtenir facilement la reposition de la paupière malade; je réunis alors la paupière supérieure avec l'inférieure au moyen de trois points de suture dont les fils, réunis en faisceau, furent fixés au front. La plaie, mesurée immédiatement après, avait 23 millimètres de hauteur et 39 millimètres de longueur. Nous la couvrîmes alors d'une compresse trempée dans une solution de 1/5000 de sublimé corrosif, à travers laquelle l'un de nos aides exerça une douce pression sur la paupière, pendant tout le temps que nous fûmes occupé de la section du lambeau cutané à transplanter, que nous primes, à l'aide d'un rasoir bien tranchant, au bras gauche.

Le lambeau cutané détaché fut immédiatement appliqué sur la plaie, qu'il ne put couvrir en entier, de sorte qu'il nous fallut en exciser encore un autre.

Toute la surface de la plaie palpébrale étant ainsi greffée, la paupière

fut saupoudrée d'iodoforme finement pulvérisé et couverte d'une rondelle de gaze trempée dans la solution d'acide borique à 4 p. 100, de coton hydrophile et d'un bandage monocle plus ou moins compressif. Les jours suivants, rien de particulier à noter ; l'opéré se porte à merveille et mange avec appétit. Le sixième jour, le bandage étant relâché, je crus devoir le renouveler. Or, en enlevant le bandage et les autres pièces de pansement, je trouvai le lambeau suffisamment adhérent partout, excepté vers le côté nasal, où une petite portion du lambeau transplanté n'avait pas encore contracté des adhérences et présentait une coloration blanche, tandis que le reste du lambeau avait une couleur rose pâle. La sensibilité tactile n'existait encore nulle part. Un pansement identique et un bandage monocle furent appliqués sur la paupière.

Le neuvième jour, en changeant le pansement, nous constatons le même état ; une petite portion du lambeau, située en dedans, paraît tout à fait macérée, j'excise cette portion altérée au moyen de ciseaux fins, et j'applique sur l'œil le même pansement ainsi qu'un bandage. Le douzième jour, le lambeau greffé est déjà sensible au toucher, mais il est en même temps le siège d'un commencement d'exfoliation épithéliale et les deux paupières sont désunies ; j'enlève les sutures, qui ne tiennent plus qu'à l'une des deux paupières, et j'applique sur l'œil opéré une compresse enduite d'une couche épaisse de vaseline boriquée à 10 p. 100, recouverte à son tour de coton hydrophile et d'un bandage.

Le pansement à la vaseline boriquée, renouvelé chaque jour, fut continué pendant plus de deux mois et demi, jusqu'à ce que le lambeau transplanté eut acquis le degré de souplesse voulue. Pendant ce temps, une sensible réduction a été observée dans les dimensions du lambeau greffé, dont la hauteur ne mesurait plus que 12 millimètres, tandis que la longueur n'était que de 19 millimètres ; l'application de la paupière sur le globe oculaire était défectueuse, puisqu'il existait un certain écartement entre la paupière et l'œil. Mais cet inconvénient fut vite corrigé par une tarsorrhaphie, qui rendit le résultat opératoire parfait, à tel point que la paupière opérée ne différait de celle du côté sain que par la couleur blanchâtre du lambeau greffé et par une mobilité relativement moindre. Le séjour de ce malade à l'hôpital fut en tout de 145 jours. Je dois signaler en outre qu'à partir du jour où se manifesta la souplesse du lambeau transplanté, il n'y a plus eu de réduction par rétraction des dimensions de ce dernier. C'est ce qui ressort des mensurations répétées pratiquées sur la paupière opérée.

Obs. 2. — Homme, âgé de 54 ans, d'une constitution médiocre, exempt de toute tare héréditaire ou acquise, entre à l'hôpital le 5 décembre 1889,

atteint à la paupière supérieure gauche d'ectropion cicatriciel consécutif, au dire du patient, à un érysipèle phlegmoneux de la face dont il a souffert sept ans avant. La paupière supérieure gauche est tout à fait renversée et son bord ciliaire est adhérent à la région sourcilière ; la conjonctive palpébrale est rouge, hypertrophiée, et son épithélium offre dans la proximité du bord ciliaire l'aspect de l'épiderme ; la paupière malade, quoique adhérente à la région sourcilière, ne l'est pas pourtant au rebord orbitaire, ce qui donne à la paupière ectropionnée un certain degré de mobilité, en vertu de laquelle l'œil peut être protégé, jusqu'à un certain point, pendant le mouvement d'occlusion palpébrale.

Le malade ayant préalablement reçu les soins de propreté et d'antisepsie, fut opéré sous chloroforme, le 9 décembre 1889. La paupière ectropionnée, régulièrement libérée et débarrassée des brides cicatricielles, fut ramenée à sa position normale et réunie à la paupière inférieure gauche par trois points de suture, dont les fils, réunis en faisceau, ont été fixés à la joue. Il nous a été possible cette fois-ci d'enlever du bras gauche un lambeau cutané dont les dimensions dépassaient celles de la plaie à couvrir, laquelle mesurait 25 millimètres suivant la hauteur et 40 millimètres dans le sens de la longueur. Ce lambeau ayant été immédiatement transplanté sur la plaie et bien étalé sur la surface palpébrale, nous en avons soigneusement excisé l'excédent à l'aide d'une paire de ciseaux fins. Ceci fait, il était facile de voir que le lambeau cutané avait été régulièrement appliqué et que ses bords étaient bien en contact avec ceux de la plaie palpébrale. Il ne restait plus qu'à couvrir l'œil opéré d'un pansement identique à celui indiqué dans l'observation précédente.

Les jours suivants, l'état de l'opéré était tellement satisfaisant et le bandage restait si bien appliqué sur l'œil, que je ne crus pas devoir changer le pansement avant le huitième jour de l'opération. Ce jour-là, à l'ouverture du pansement, je trouvai le lambeau transplanté bien adhérent ; il offrait, en outre, une coloration qui différait peu de celle de la peau environnante, la sensibilité pouvait être constatée dans toute l'étendue du lambeau greffé. Pansement identique. Le onzième jour, la paupière opérée présentait le même aspect, sauf un certain degré de desquamation épithéliale, dont la surface du lambeau transplanté était le siège ; en même temps, les deux paupières étaient aussi désunies, ce qui nous obligea d'enlever les fils de suture. A partir de ce jour, pansement à la vaseline boriquée, dont l'usage fut continué pendant 70 jours.

Sous l'influence de ce traitement, l'exfoliation de l'épithélium desquamé fut suivie de la régénération d'un épithélium de nouvelle formation et le lambeau acquit une souplesse bien prononcée. A cette époque, la

mensuration du lambeau transplanté offrait les dimensions suivantes : 15 millimètres de hauteur et 28 millimètres de longueur, la mobilité de la paupière opérée était cependant amoindrie, en comparaison de celle du côté sain, et la fente palpébrale était aussi plus étroite. Trois semaines plus tard, l'opéré sortit de l'hôpital fort content du résultat obtenu. Le rencontrant, par hasard, plus d'une année après, je pus, à ma grande satisfaction, constater qu'il n'y avait rien de changé dans l'état de notre ancien opéré ; le lambeau greffé, tout en étant bien souple, n'avait subi aucun changement dans ses dimensions et l'ouverture ainsi que l'occlusion palpébrale se faisaient aussi très facilement.

Obs. 3. — Jeune fille, âgée de 10 ans, d'une constitution chétive, éminemment scrofuleuse, ayant des cicatrices vicieuses au cou et sous la mâchoire inférieure, suite d'abcès glandulaires, entre dans notre service atteinte d'ectropion cicatriciel de la paupière inférieure droite, occasionné par carie osseuse du rebord orbitaire du même côté, et de leucome adhérent de la cornée droite. Par suite de cet ectropion, la paupière était non seulement renversée, mais encore tirée en bas et en dehors et son bord ciliaire adhérait fortement au rebord orbitaire.

L'opération fut pratiquée le 15 mars 1890, sous le chloroforme. Le débridement de la paupière fut assez difficile, puisqu'il y avait, outre les adhérences entre le rebord orbitaire et le bord palpébral, aussi des brides cicatricielles qui se prolongeaient dans l'intérieur de l'orbite et empêchaient le redressement de la paupière.

Malgré cela, il nous a été possible de libérer largement la paupière. Dans cet état et, après avoir réuni la paupière malade avec la paupière supérieure, la plaie mesurait 20 millimètres suivant la hauteur et 32 millimètres dans le sens de la longueur. Cette plaie fut comblée par trois lambeaux cutanés détachés du bras droit. Nous appliquâmes alors, par-dessus la paupière transplantée, le pansement usuel et un bandage que nous avons dû changer le quatrième jour de l'opération, parce qu'il était souillé par les sécrétions de l'œil. En enlevant les pièces de pansement, nous trouvâmes les lambeaux greffés tout à fait macérés et d'une couleur sale. En présence de cet état défavorable, nous avons procédé immédiatement à l'ablation des lambeaux altérés. La plaie, soigneusement nettoyée, se cicatrisa en quinze jours sous un pansement antiseptique ; mais le résultat opératoire fut nul et l'ectropion ne tarda pas à se reproduire. Dans cet état, et sur la demande de ses parents, la jeune malade quitta l'hôpital.

Obs. 4. — Jeune homme, âgé de 22 ans, d'une bonne constitution et

sans aucun antécédent héréditaire ou acquis, se présente, le 2 septembre 1890, avec un ectropion cicatriciel de la paupière supérieure droite, consécutif, au dire du patient, à un érysipèle phlegmoneux, dont il aurait souffert trois ans auparavant. La paupière malade est complètement renversée, le bord ciliaire est adhérent à la région sourcilière, sans l'être pourtant au rebord orbitaire; la conjonctive palpébrale est considérablement hypertrophiée et elle offre un aspect tomenteux; dans les mouvements d'occlusion, l'œil droit ne peut qu'imparfaitement être protégé par la paupière ectropionnée; la sécrétion conjonctivale est assez abondante.

Après avoir donné au malade, pendant une quinzaine de jours, des soins palliatifs, nous l'avons opéré le 18 septembre 1890, sans chloroformisation, conformément à son désir. La plaie créée par cette opération avait 23 millimètres de hauteur sur 40 millimètres de longueur. Un seul et unique lambeau, emprunté au bras droit, fut transplanté sur la plaie et nous couvrîmes ensuite l'œil d'un pansement analogue aux précédents.

Les jours suivants, l'état du malade ne présente rien de particulier. Le septième jour de l'opération, en changeant pour la première fois le pansement, je trouve la paupière opérée dans un état très satisfaisant; le lambeau greffé, déjà bien adhérent, présente une couleur rosée et il est doué de sensibilité tactile dans toute son étendue, enfin les deux paupières restent encore bien réunies. Je recouvre donc l'œil opéré par un pansement identique. Cependant deux jours après, à mon arrivée à la clinique, je trouve le bandage tout à fait dérangé, ce qui m'oblige à le changer immédiatement. Or, en enlevant le bandage et les autres pièces de pansement, je constate à mon grand regret, non seulement la désunion complète des deux paupières, mais encore le renversement de la paupière supérieure droite opérée.

Cet accident était, sans aucun doute, la conséquence de l'imprudence du malade, mais il fallait néanmoins y remédier. En présence de tentative infructueuse de redressement, je pris la résolution de redresser la paupière et de la maintenir dans sa position normale au moyen de bandelettes agglutinatives et d'un bandage compressif. Heureusement le lambeau transplanté avait déjà contracté des adhérences tellement solides avec les parties sous-jacentes, qu'il n'a subi pendant cet accident aucun déplacement. Une surveillance sévère de l'opéré et le bandage compressif maintenu pendant cinq jours sans être renouvelé, ont suffi à faire disparaître la tendance de la paupière à se renverser. A cette époque, le lambeau greffé étant déjà le siège d'une exfoliation épithéliale, nous avons institué le pansement à la vaseline boriquée, pansement quotidien qui

fut continué pendant plus de trois mois jusqu'au jour où le lambeau greffé, ayant acquis de la souplesse et tout pansement étant désormais inutile, l'œil fut laissé libre.

Arrivé à ce résultat, nous avons voulu, dans un but d'observation, garder le malade encore cinq semaines à l'hôpital. Le jour de sa sortie, la position de la paupière est bien satisfaisante, la fente palpébrale est un peu plus étroite, et la motilité de la paupière plus faible comparativement à celle du côté sain, l'occlusion palpébrale se fait pourtant facilement. Le lambeau transplanté, mesuré ce jour-là, avait 12 millimètres de hauteur sur 30 millimètres de longueur. Il est, en outre, à remarquer que ce lambeau n'a subi ultérieurement aucun changement dans ses dimensions (1).

Obs. 5. — Le malade qui fait le sujet de cette observation est la même personne qui fut opérée, il y a quelques années, d'un ectropion cicatriciel de la paupière supérieure gauche par la méthode Lefort-Wolf avec un résultat négatif, et dont j'ai publié précédemment l'observation. L'opération fut pratiquée sous le chloroforme le 10 février 1891. Après avoir suffisamment débridé la paupière ectropionnée, nous avons pu facilement obtenir la reposition de celle-ci, réunissant alors le bord palpébral avec celui de la paupière inférieure au moyen de trois points de suture, nous avions devant nous une plaie palpébrale de 20 millimètres de hauteur et de 38 millimètres de longueur, que nous couvrîmes de deux lambeaux cutanés, empruntés au bras gauche et d'un pansement identique aux précédents.

Les jours suivants rien de particulier à signaler. Le sixième jour après l'opération, en changeant pour la première fois le pansement, nous trouvons le lambeau greffé bien adhérent, mais offrant partout une couleur foncée, presque ecchymotique, la sensibilité tactile n'existe nulle part. Cet état ne subit aucun changement jusqu'au douzième jour de l'opération; ce n'est qu'avec le commencement de l'exfoliation épithéliale que la couleur du lambeau s'éclaircit peu à peu pour devenir normale le vingt-septième jour, époque à laquelle la sensibilité tactile pouvait aussi être constatée.

(1) L'opéré, de retour de son pays et désireux de m'exprimer encore une fois ses chaleureux remerciements, vint me trouver à la clinique le 19 mai dernier. Je constatai alors avec plaisir, que non seulement le lambeau greffé offrait les mêmes dimensions que le jour de l'exeat, mais encore que les mouvements palpébraux s'exécutaient plus facilement et que la fente palpébrale était aussi plus élargie que par le passé.

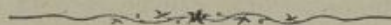
En raison de l'intérêt tout spécial de ce cas au point de vue du résultat éloigné de l'opération, j'ai présenté l'opéré à la Société Impériale de médecine dans la séance du 4 juin 1897, et le succès parfait et durable a été constaté par tous les membres présents.

Dans ce cas, le pansement à la vaseline boriquée a dû être continué pendant 85 jours consécutifs, afin que le lambeau puisse acquérir le degré voulu de souplesse. Ce but une fois atteint, l'opéré resta une semaine à l'hôpital sans aucun traitement et il quitta l'établissement fort content du résultat opératoire. Le jour de sa sortie, le lambeau transplanté présentait 11 millimètres de hauteur et 26 millimètres de longueur ; motilité palpébrale moins étendue, comme aussi fente palpébrale moins large qu'à l'état normal.

Obs. 6.—Homme, âgé de 48 ans, d'une constitution médiocre, ayant eu très probablement des antécédents syphilitiques, qu'il nie pourtant catégoriquement, néanmoins on constate chez lui, à part des taches foncées sur les bras et les jambes, une cicatrice sur la verge et de l'engorgement ganglionnaire. Cet homme, atteint d'ectropion cicatriciel de la paupière inférieure droite par suite de carie osseuse du rebord orbitaire, est venu réclamer nos soins le 20 Juin 1891. La paupière malade est renversée et le bord ciliaire, tiré en bas et en dehors, est fortement adhérent au rebord orbitaire.

(à suivre)

Dr D. ADJÉMIAN.



REVUE DES JOURNAUX.

Action de l'alcool sur l'iodure mercurieux. (Académie des Sciences de Paris; note de M. François).—L'alcool bouillant décompose l'iodure mercurieux. La décomposition s'arrête lorsque 100 grammes de liquide contiennent en chiffre rond 0 gr. 220 d'iodure mercurique en solution. Cette action est reversible, et l'action inverse s'arrête à la même limite. Il résulte de ces faits que : 1^o 1000 gr. d'alcool à 95^o bouillant décomposent environ 3 gr. 15 d'iodure mercurieux ; 2^o que l'alcool employé au lavage de l'iodure mercurieux l'enrichit constamment en mercure et sortira indéfiniment chargé d'iodure mercurique ; 3^o que la séparation quantitative des iodures mercurieux et mercuriques n'existe pas.

(Bul. de la Soc. Roy. de Ph. de Brux.)

★★

Essai de l'ergot, par H. Beckurts. — L'auteur a déterminé la proportion d'alcaloïdes que l'on rencontre dans diverses espèces d'ergot. On élimine l'huile que contient la drogue au moyen d'éther de pétrole qui ne touche pas aux alcaloïdes ; cela fait, on la dessèche et on la pulvérise, puis on l'agite avec de l'éther (100 gr.) et de la magnésie (1 gr.) préalablement délayée dans l'eau (20 c.c.). On agite à plusieurs reprises 60 gr. de la solution éthérée avec de l'eau aiguisée par l'acide chlorhydrique (5 p.c.) qui enlève tout l'alcaloïde. On décante cette solution aqueuse et on l'agite avec de l'éther ammoniacal, qui s'empare de l'alcaloïde devenu libre. Par l'évaporation de l'éther, on obtient un résidu cristallisé, blanc jaunâtre. Le seigle ergoté de Russie et celui d'Autriche sont les plus riches en matières actives (0 gr. 20 p.c.). Les échantillons provenant d'Allemagne contiennent 0 gr. 15 ; ceux d'Espagne 0 gr. 14. L'action de la chaleur cause une diminution sensible dans le pourcentage des alcaloïdes.

(Zeitschrift des Allg. Ost. Vereines.)

★★

Empoisonnement par les Champignons. — Les champignons vénéneux viennent encore de faire deux victimes parmi les religieuses de l'hôpital d'Harfleur, appartenant à la communauté de la Compassion. La sœur Radegonde, attachée à l'hôpital communal, était allée cueillir des champignons. En rentrant à l'hôpital communal, on fit cuire sans défiance sa cueillette. Trois religieuses en mangèrent, la supérieure, âgée de cinquante-huit ans : la sœur Radegonde, âgée de trente-cinq ans et sœur Sainte-Hippolyte. Dans la soirée, elles se sentirent malades ; leurs souffrances augmentant dans la nuit, on fit appeler deux médecins qui, malgré les soins les plus pressés, ne purent combattre efficacement les effets du poison. Les deux religieuses Agnès et Radegonde ont succombé. L'état de la troisième, sœur Sainte-Hippolyte, a été très grave.

**

Jalousie et Tuberculose. — M. le Dr Gilbert rapporte un fait qui montre jusqu'à quel point l'aberration humaine peut aller chez un moribond, et d'un autre côté pour la femme d'un phtisique, une des mille manières, la plus rare sans doute, de devenir tuberculeuse. Un médecin du Midi, jeune encore, atteint d'une tuberculose pulmonaire à évolution rapide, avait demandé plusieurs fois à sa femme de ne pas le laisser partir seul et de mourir avec lui. Un jour, c'était le dernier de sa vie, il se fit servir une coupe de champagne, en but une gorgée, puis cracha dedans deux ou trois fois. Alors il offrit à sa femme et lui demanda comme preuve d'amour de boire cet affreux mélange. Elle hésita un instant, ferma les yeux, prit la coupe et la vida d'un trait ; quelques instants plus tard le moribond, tranquilisé, s'endormit pour toujours. La malheureuse victime, prise bientôt d'une fièvre intense, ne tarda pas à s'aliter et à présenter du côté de l'abdomen des symptômes inquiétants, et bientôt tous les symptômes d'une phtisie en voie d'évolution. Est-elle morte victime de son héroïsme ? C'est fort probable, car M. Gilbert n'a plus eu de ses nouvelles. Elle est allée rejoindre celui qui lui avait arraché en mourant sa santé et sa vie !!

**

Un cas de grossesse prolongée. — Un collaborateur d'*Australasian medical Gazette* fait connaître un cas observé par lui, où la grossesse semble avoir eu une durée exceptionnelle de 311 jours, c'est-à-dire de plus de dix mois. Les premiers mouvements du fœtus ont été ressentis fin de septembre 1895 et l'accouchement a eu lieu le 20 mai 1896, 227 jours après. Si ces mouvements se sont produits à la fin du troisième mois, la grossesse a bien été de dix mois. Mais ont-ils pu se produire plus tôt ; d'autre part, rien n'est dit au sujet de la dernière menstruation.

(Revue Scientifique).

L'ACIDE GALLIQUE

DANS LES HÉMOPTYSIES DES TUBERCULEUX.

L'acide gallique que l'on néglige peut-être un peu trop, rend de réels services dans le traitement des hémoptysies des tuberculeux. Barth (*Traité de la Tub.*), Grasset (*Consultations médicales*), Roux (*Formulaire*), etc., n'en font nullement mention. Capitan, dans un récent article de la *Médecine moderne* (26 août 1896), ne fait que le signaler, Lemoine (*Thér. clinique*) le considère comme inférieur à l'ergotine. Cependant, il est parfois très utile, et son emploi nous a donné des résultats très satisfaisants.

Employé déjà dans les hémoptysies par Gardner, qui en donnait 4 à 6 grammes, par Waters et Holders qui l'employaient à très hautes doses, il se présente sous forme d'aiguilles incolores, longues, soyeuses, inodores, de saveur astringente et acidule, solubles dans 100 parties d'eau froide, et très solubles dans l'alcool. Ses incompatibilités sont les sels de fer, les alcalis, l'émétique.

Administré à dose toxique, il détermine, d'après Schroff, de la respiration abdominale, rare, très pénible, de l'irrégularité des battements du cœur et des artères. C'est un vaso-constricteur qui agirait également sur les vaisseaux rénaux, ce qui explique le fait que Rambuteau en conseillait l'emploi dans la polyurie.

Les doses employées dans l'hémoptysie varient de 30 centigrammes à 1 gramme; il peut se donner en poudre, en pilules, en potion. Gubler conseillait de ne pas dépasser 1 gramme, et formulait ainsi :

Acide gallique.	0,30 à 1 gramme.
Infusion d'écorce d'oranges . .	100 —

A prendre dans la journée.

Il le considérait comme plus stable et mieux supporté par les voies digestives que le tannin. Il faisait d'ailleurs partie de son oxymel diurétique, ce qui semble être en contradiction avec les propriétés anuriques, qu'on attribue à ce médicament.

Les doses conseillées par Gubler peuvent sans inconvénient être dépassées, et M. Marfan fixe comme doses de 1 à 2 grammes dans les hémoptysies apyrétiques légères.

Des faits, que nous avons pu observer, il résulte que l'acide gallique employé seul est d'une utilité incontestable dans les hémoptysies légères

à répétition, et qu'il peut être longtemps employé sans nul inconvénient. On pourra ainsi formuler :

Acide gallique. 0 gr. 10 centigr.

Pour une pilule. Trois à cinq par jour selon les indications.

Ou bien employer la forme de Gubler.

Si l'hémoptysie n'est que peu abondante, on pourra l'associer avec avantage à l'ergotine, et formuler ainsi :

Acide gallique. 2 grammes.

Ergotine. 1 —

Pour 20 pilules. Cinq par jour en moyenne.

Ou bien employer la formule de Capitan.

Ergotine Bonjean. 2 grammes.

Acide gallique. 0 gr. 50 centigr.

Sirop de térébenthine. . . 120 grammes.

Une cuillerée à bouche d'heure en heure.

Associée à différents autres médicaments antihémoptoïdes, l'acide gallique peut être employé dans les hémoptysies graves, résultant de la rupture d'un anévrysme de Rasmussen, et c'est ainsi que nous avons vu cesser des hémoptysies, alors que les malades avaient expectoré une grande quantité de sang, en donnant les pilules suivantes :

Acide gallique. 0 gr. 10 centigr.

Ergotine } *ad* 0 gr. 05 —

Poudre d'ipéca. }

Poudre de digitale. 0 gr. 01 —

Pour une pilule. Cinq ou six par jour, ou même plus si c'était nécessaire.

On peut faire diverses autres associations utiles avec l'acide gallique, et nous avons obtenu de bons résultats de la formule suivante, que nous n'avons, il est vrai, employé que dans les hémoptysies légères, celles où les malades ne remplissent qu'un quart ou un demi-crachoir de sang pendant la journée :

Acide gallique. 0 gr. 10 centigr.

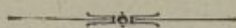
Sulfate de quinine. } *ad* 0 gr. 05 —

Ergotine. }

Extrait d'opium. 0 gr. 01 —

Pour une pilule. Cinq par jour.

(*Journal des Praticiens.*)



FORMULES

Mixture contre la diarrhée infantile. — (M. J.-E. THOMPSON).

Créosote de hêtre. II à IV gouttes.

Oxyde de zinc 5 grammes.

Mucilage de gomme arabique 60 —

Mêlez. — A faire prendre à l'enfant par cuillerées à café, jusqu'à cessation de la diarrhée.

Agiter le mélange avant de s'en servir.

Mixture contre l'érysipèle de la face. (M. J. HAYS.)

Acide phénique.	}	ad 2 grammes.
Teinture d'iode		
Alcool		
Essence de térébenthine	4	—
Glycérine	6	—

Mêlez. — Usage externe.

Toutes les deux heures, on badigeonne avec ce liquide le placard érysipélateux, ainsi qu'une petite zone de la peau saine environnante, puis on recouvre de tarlatane aseptique. L'emploi de cette mixture donnerait des résultats supérieurs à ceux que fournissent les autres moyens employés jusqu'ici pour le traitement local de l'érysipèle.

Potion contre la toux des phtisiques. — (M. ROLLAND.)

Bromoforme.	XXX gouttes.	
Alcool.	10 grammes.	
Sirop d'ipécacuanha composé	}	ad 100 —
Sirop thébaïque		
Sirop de laurier-cerise		

Mêlez dans l'ordre ci-dessus indiqué pour obtenir un liquide clair.—

A prendre : trois ou quatre cuillerées à bouche par jour, entre les repas.

Traitement du zona. (M. A. OHMANN-DUMENSIL.)

Acide arsénieux. 0 gr. 003 milligr.

Poivre noir pulvérisé 0 — 15 centigr.

Extrait de gentiane. Q. S.

Mêlez. Pour une pilule. Faites trente pilules semblables.—A prendre : trois pilules par jour, après les repas.

En outre, les parties atteintes seront recouvertes deux fois par jour, d'une couche d'ouate aseptique saupoudrée du mélange dont voici la formule :

Camphre pulvérisé.	8 grammes.
Sous-nitrate de bismuth . . .	16 —
Graie préparée	30 —

Mélez. — Usage externe.

Solution pour le traitement hypodermique de la tuberculose. — (M. V. GILBERT).

Créosote de hêtre.	25 grammes.
Camphre	15 —
Aristol	10 —
Eucalyptol	30 —
Huile de pied de bœuf stérilisée . . .	Q. S. pour obtenir

250 c.c. de solution.

F. S. A. — Pour injections sous-cutanées.

Chaque centimètre cube de ce mélange contient 0 gr. 10 centigr. de créosote.

Pommade contre les pustules acnéiques volumineuses.

(MM. VON HEBRA et ULLMANN.)

Sous-nitrate de bismuth . . .	} ad 2 grammes.
Précipité blanc	
Ichtyol.	
Vaseline	20 —

Mélez. — Usage externe.

Une couche de cette pommade est appliquée le soir sur les boutons d'acné les plus volumineux.

(Semaine Médicale).

صنعتہ تطبیقاً بایکڑ ، تحت الجلد شریفہ ایچوندر .
 بوخلوطک ہر ساتیمترو مکعبی ۰,۱۰ . ساتیغرام قرہ توزوتی حاویدر .

محجم حب البلوغ بثراتیچون مرهم

تحت آزوتیت یزمووت رسوب ایض ایکتبول وازلین	{	بہرندن ۲ غرام
		۲۰ غرام

قارشدیریکڑ . خارجاً استعمال ایدیلہ جکدر .
 اشبو مرهمدن بر مقدار کیجہ یاتیرکن اک حیجملی اولان حب البلوغلر اوزرینہ
 سورملیدر .

مسلولینک اوکسوروکه قارشو جرعه (روللان)

بروه و فورم	۳۰	طعمه
کثول	۱۰	گرام
مرکب عرق ذهب شروبی	بهرندن	۱۰۰
آفیون شروبی		
طفلان شروبی		

براق برمایع استحصال ایتمکچون یروجه بالا محرز حره قارشدیریکز . طعام
آرملرنده بوتدن یومیه اوچ درت چوربا قاشینی استعمال اولنه .

زنارک تداویسی (اوهمان دومه نیل)

حامض آرسنیق	۰,۰۰۳	میلیگرام
سیاه بوبو طوزی	۰, ۱۵	سانتیگرام
جانطیان خلاصه می		مقدار کافی

قارشدیریکز . بر حب ایچوندر . بوکا مائل اوتوز حب اعمال ایدیکز . بونلردن
بعدالطعام یومیه اوچ عدد اخذ اولنه .
بوندن ماعدا اقسام معروفه یروجه آتی ترتیبی محرر طوزی حاوی معقم پاموق
ایله کونده ایکی دفعه ستر ایدیلیدر .

کافوری طوزی	۸	گرام
تحت آزویت بزموت	۱۶	گرام
مستحضر تباشیر	۳۰	گرام
قارشدیریکز . خارجاً استعمال ایدیه جکدر .		

ادراں الرئه تحت الجلد تداویسیچون محلول (ژیلبر)

قره نوزوت	۲۵	گرام
کافوری	۱۵	گرام
آریستول	۱۰	گرام
اوقالینول	۳۰	گرام
معقم صقر ایانی یاغی	۲۵۰	سانتیمتر مکعب مایع استحصال ایدلکچون مقدار کافی

سائتیرام	۰,۰۱	حامض عفص
سائتیرام	۰,۰۵	{ کبریت کین
سائتیرام	۰,۰۱	{ ارغوتین
		خلاصه آفیون
بر حب ایچون . یومیه ۵ عدد ،		

• رچته لر •

اسهال اطفال ایچون ترتیب — (طومسون)

قره نوزون	۲-۴	طمله
حامض توتیا	۵	گرام
ضمغ عربی مستحلی	۶۰	گرام
قارشدریکز . اسهال منقطع اولنجیه قدر چوجغه قهوه قاشیغیه اعطا ایدملی .		
استعمالدن اول مخلوطی قارشدرملی .		

حمرة وجه ایچون ترتیب — (هایس)

حامض فنیك	{	بهرندن	۲	گرام
صیغ ایود				
کئول				
زیت تره منقی			۴	گرام
غلیسرین			۶	گرام
قارشدریکز . خارجاً استعمال ایدیله جکدر .				

هر ایکی ساعتده بر اشبو مایع ایله حمرة لی نقطه لرله اطرافنده کی صاعلم جلده طلا ایدیلهرک معدوم التعفن تارلاتان ایله ستر ایدیلور . اشبو ترتیبک طلاسی شمده یه قدر حمرة ده استعمال ایدیلن معالجایدن زیاده حسن نتیجیل حاصه ایدر .

کوبلر طرفندن توصیه اولنان مقادیر بلا محذور تجاوز ایدیله ییلور و مارقان خفیف و بلا هما اولان نفت الدمیر ایچون ۱-۲ غرام مقدار تعیین ایدیور .
بزم مشاهده ایده بیلدیکمز خصوصاً بدن استتاج ایدلدیکنه نظراً حامض عقص
یا لکز استعمال ایدیلورسه تکرار ایدن خفیف نفت الدمیرده فوق العاده فائده لیدر
و بلا محذور طول مدت استعمال اولنه ییلور . بوجه آتی ترتیب ایدیله ییلور .

حامض عقص ۰,۱۰ سانتیغرام

بر حب ایچون . لزومه کوره کونده ۳-۵ حب .

یا خود کوبلرک ترتیبی استعمال ایتلی .

نفت الدم آزیسه بدوجه آتی ترتیب اوزره آرغوتین ایله برلشدیریلور .

حامض عقص ۲ غرام

ارغوتین ۱ غرام

۲۰ حب ایچوندر . علی الوسط یومیه ۵ عدد

یا خود قاپتباتک ترتیبی استعمال ایدلی .

ارغوتین بوئزان ۲ غرام

حامض عقص ۰,۵۰ سانتیغرام

تره منقی شروبی ۱۲۰ غرام

ساعتدن ساعته بر چوربا قاشینی .

حامض عقص دیکر مختلف مضاد نفت الدم ادویه ایله برلکده ام الدمیرک
انشقاقندن منبعث وخیم نفت الدمیرده استعمال اولندیقی حالدده خسته لر برچوق دم
تخم ایتدکلیر همان بیله بوجه آتی جبر اعطا ایدیلهرک توقیف ایدلدیکنی کوردک .

حامض عقص ۰,۱۰ سانتیغرام

ارغوتین ۰,۰۵ سانتیغرام

عرق ذهب سفوفی } بهرندن

دیژیتال سفوفی ۰,۰۱ سانتیغرام

بر حب ایچوندر . کونده ۵-۶ ایجابنده دهها زیاده .

حامض عقص ایچرن دهها مختلف ترتیبات نافعہ اعمال ایدیله ییلورسه ده خفیف
نفت الدمیرده یعنی خسته لرک یومیه آنجق یارم توکروک حقه سی قان طولدر دقلری
خصوصاً ده استعمال ایتدیکمز بوجه آتی ترتیبندن چوق استفاده کوردک ،

ادران الرئیلیرک نفث الدمندہ حامض عفص

حامض عفص احتمال بر مقدار مساحه ایدیورسده ادران الرئیلیرک نفث الدمندہ حقیقتاً خدمت ایدر . (بارت . مجله ادران الرئ) و (غراسه . مشاورات طیه) والح . اندن هیج بحث ایتیورلر . قایتیان نام ذات طب حاضر جریده سنک ۲۶ اغستوس ۱۸۹۶ تاریخلو نسخه سنده کی یکی بر مقاله سندن انی انجق ذکرله اکتفا ایدیور ، له مووان ایسه (تدایئ سریری) ده انی آرغوتینه ترجیح ایتمز . مع مافیه حامض عفص غایت نافع اولوب انک استعمالندن نتایج فوق العاده استحصال ایتدک .

شمعی به قدر غاردر طرفدن ۴—۶ غرامه قدر و واترس و هولدرس طرفلرندن دها چوق مقداره نفث الدمندہ استعمال اولنان حامض عفص بلا لون و ابروی و حریری و بلا رایحه و قابض و حامضی لذته معروض اولوب ۱۰۰ قسم صفوق صوده حل اولور و کثوله چوق حل اولور انکله مضاد تمثل اولان اجسام املاح حدیدیه و قلویات و طرطر مقیدر .

مقدار سمیده استعمال اولندقدہ شروفه کوره تنفس بطنی و نادر و غایت متعسر اولوب ضربان قلبیه و شریانیه غیر منتظم اولور . بو بر معصر اوغیه اولوب اوغیه کلیویه اوزرینه تأثیر ایتدیکی جهته رامبوتو انی کثرت تبولده توصیه ایدر .

نجهت الدمندہ استعمال اولنان مقداری ۰,۳۰ سانتیگرامدن بر غرامه قدر اولوب حب سفوف جرعه حالنده استعمال اولنور . کوبلر بر غرامی تجاوز ایتدکمی توصیه ایدوب بروجه آتی ترتیب ایدردی :

حامض عفص	۰,۳۰	سانتیگرام دن ۱ غرام
آجی تورنج قبوغی مطبوخی	۱۰۰	گرام
بر کونده بتوریله جکدر .		

مومی الیه انی تانندن زیاده ثابت و طردن هضمیه جه دها زیاده قابل تحمل قیاس ایدردی . بوندن ماعدا انی سکنجین مدرری ترتینه ادخال ایتدیکندن اکا اسناد اولنان خواص غیر مدرریه مبین ایدی .

عجبا قهرمانلغنه فدا اوله رقی وفات ایتدی ؟ بوغایت محتملدر زیرا موسیو (ژیلبیر) ارتق اندن خبر آله مامشدر . وفات ایدرکن صحتی و حیاتی غصب ایدن زوجنه قاووشمش اولمیدر .

زیاده امتداد ایدن بر حامله لك

اوسترالیا مہدیقال غازت نام غزتهنك مخبرلرندن بری حلك خلاف عاده اوله رق ۳۱۱ کون یعنی اون آیدن زیاده دوام ایتدیکی برخصوصی مشاهده ایتدیکی بیان ایتشددر .

جینك ایلک حرکاتی ۱۸۹۵ سنه سی ایلول نهایتده حس ایدیلوب وضع حمل دخی ۱۸۹۶ سنه سی ۲۰ مایس تاریخیه یعنی ۲۲۷ کون صکره واقع اولمشدر . اگر اشبو حرکات اوچنچی آی نهایتده واقع اولمشدرسه حمل تمام اون آیلق بولمشدر . لکن نهایتکی حیض حقتده معلومات صریحه موجود اولمیدنندن دهها اول واقع اولدقرینه دائر اعطای رأی اولنهماز ،

منظارلر واسطه سيله تسمم

بودفمه دخی زهرلی منظارلر واسطه سيله قومپاسيون طريقتنه عائد (آرفلور)
خسته خانه سنک راهبه لری میاننده تسمم وقوعه گلشدر . سويله که : راهبه (رادغوند)
منظار طوپلامغه کيدوب عودتنده بلا تردد طوپلادغنی پشیریلور . بوندن اوچ راهبه
اکل ایدرکه بری ۵۸ یاشنده باش راهبه و دیگرى ۳۵ یاشنده (رادغوند) نام راهبه
و دیگرى ايسه راهبه (سنت هیولیت) .

اخشاملین بونلر خسته لورلر و راحتسزلقلری کیچهلین آرتدیغندن ایکی طیب
جلب ایدرلر سده بونلرک صرف مساعیسی سمک تاثیراتی دفع و منع ایده مزلر .
باش راهبه ايله رادغوند ترك حتات ایدرلر . سنت هیولیت ايسه وخیم بر حالده
بولیور .

قیصقانچلق وادران الرئه

دوقور (ژیلبر) بوجه آنی ذکر ایتدی کمز مشاهده سيله حال احتضارده بولنان
برکسه ده حسیاتک سؤ تبدلاتک نه درجه ایلری ایتدیکنی و برمسولک زوجه سیچون
ادران الرئه مبتلا اولمق خصوصنده کی بیک درلو تهلکه لری میدانه قویار .

فرانسه نك جهت جنوبیه سی دوقورلرندن برکنج سریع السیر برسل الرئه
مبتلا اوله رق زوجه سنه کندوسنی یالکز براقامسنی و برلکده ترك حیات ایتدی
تکلیف ایتکده ایدی . برکون حیاتک صوکی ایدوکنی حس ایتدیکندن بر قدح
شامپانیا استیوب یالکز بر یودوم ایچهرک بعده ایچنه ایکی اوچ کره توکورر و آنی
زوجه سنه تقدیم ایدرک محبتنه دلیل اولمق اوزره بومحلو ط سمداری ایچمکی تکلیف
ایدر . بیچاره قادین بر دقیقه تردد ایدر سده کوزلرینی قیایوب قدحی بردن بتورمکدن
بشقه چاره بوله مز . برقاج دقیقه صکره زوجی مسترخ اوله رق بردها اویانماق اوزره
خواب ایدی به طالار . بیچاره قادین آز زمان ظرفنده شدتلی بر حمایه طوتیلهرق
یتاغه دوشر و بطن جهتدن اعراض وخیمه ابراز ایدوب بر آز صکره دخی
سل الرئه نك بتون علایمی ابراز ایدر .

مثنا ایود زینقار اوزرینه کثولک تأثیری

(پارس جمعیت علمیه‌سندۀ موسیو فرانسواک مخرده‌سی)

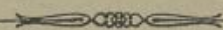
قینار کثول مثنا ایود زینقارک ترکیبی بوزار . اکر ۱۰۰ گرام مایع ۰,۲۲۰ میلیگرام ایود زینقی حاوی ایسه اشبو تحلیل توقف ایدر . اشبو تأثیر تکرار حصوله کتوریله‌بیلور . وتأثیر منعکس ینه عین حدده توقف ایدر .
بوندن انتاج ایدیلورکه (۱) ۱۰۰۰ گرام کثول ۹۵ درجه‌ده غلیان ایدوب تقریباً ۳,۱۵ ایود زینقی بی تحلیل ایدیروب (۲) ایود زینقی نک غسلیچون استعمال اولنان کثول علی‌الدوام زینقی قزانور ، وبالاخره ایود زینقی حامل او۴رق ظهور ایدر (۳) ایود زینقی و ایود زینقی نک کمیجه فرقی موجود دکدر .

تجربۀ مهماز

موسیو ح . به‌کونس طرفندن

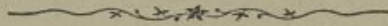
مومی الیه مختلف جنس مهمازلرده تصادف اولنان قلوبنک مقدارینی تعیین ایدیلور . اولادوای مزبورک زتی قلوبانه طوقونمیان غاز یاغنک اثری واسطه‌سیله اخراج ایدلدکن صکره مهماز قوروشیلوب تسفیف ایدیلور و ۱۰۰ گرام لقمان روحی و ۲۰ سانتیمترو مکعب صوده حل ایدلش ۱ گرام مانیه‌زی الیه قارشیدیریلوب برچوق دفعه‌لر ۶۰ گرام محلول ایتری یوزده ۵ حامض قلور ماء الیه حامضندیرلش صو الیه چالقاندقده بتون قلوبی النور . اشبو محلول مائی سوزینوب ایترا آمونیاکی الیه چالقاندقده سربست بولنان قلوبی دخی النور . ایترا تجیر ایدیلورک مبتلر و بیاض صارمتراق برقلوی استحصال ایدلش اولور .

روسیه‌نک و اوستریانک چودار مهمازلری ماده مؤثرلری الک زیاده اولنلر اولوب (یوزده ۰,۲۰ گرام) المانیادن کلن نمونه‌لر (۰,۱۵) و اسپانیادن کلنلر (۰,۱۴) غرامدر تأثیر حرارت قلوبانک نسبتلرینی آزاتیر .



مشاهده (۶) — علت افرنجیه مبتلا اولدینی محتمل اولوب تماماً انکار ایتکده اولان ۴۸ یاتسنده بر آدم مدار حجاجک رم عظیمسی نتیجهسی جفن سفلی ایتمک شطره ندیسنه گرفتار اوله رق ۲۰ حزیران ۱۸۹۱ تاریخیه خسته خانهیه دخول ایدر و معاینه مده جفن مرضک طیشاری دوندیکنی وخافه هدیونک اسفل و وحشییه چکلدیکنی ومدار حجاجه قوتله ملاصق بولندیغنی مشاهده ایتدیکم کبی مرقومک قوللرنده و بحاقلرنده قویو لکه لر وقضینیده برنده و احتقان عقدی مشاهده ایتدم .

(مابعدی وار)



ارتفاع و ۳۰ ميليمترو طولہ مالک اولوب متعاقباً دخی ابعادندہ هيچ تخلف حاصل اولمامشدر . (۱)

مشاهدہ (۵) — اشبو مشاهدہ يہ اساس اولان خستہ چند سنہ اقدم لہ فور وولاف اصوليہ شطرہ ندبيہ سي نتیجہ منفيہ ايلہ اجرائی عمليات ايديلوب بالادہ مشاهدہ نامہ سنی نشر ايتديکم شخص اولوب بودفعہ ۱۰ شباط ۱۸۹۰ تاريخيہ وقلور و فورم تحتندہ عمليات ايدلدی . شطرہ لی جفنی تماماً تخلص ايتدکن و بالسہولہ خافہ جفنیسنی ديکر جفنگ خافہ سيلہ اوج عدد فقط حياطيہ ايلہ برلشدر دکن صکرہ ۲۰ ميليمترو ارتفاع و ۳۸ ميليمترو طولندہ برجرحہ جفنی حصولہ کلديکندن اتی عضد ايسردن استعارہ ايديلن ايکی شريحہ جلدیہ ايلہ ستر ايدوب وضع تيار ايتدک . ايرتسی کونلر شایان اشعار هيچ برحادثہ ظهور ايتيوب بعدالعمليات آلتجی کون تيار ايلک دفعہ تبديل ايديلورکن آشيلین شريحہ نک کوزلجہ التصاق ايتديکني فقط هر طرفدہ کدمہ درجہ سنده قوبو بررنک ابراز ايدوب هيچ بر جهتندہ حسيت موجود اولمديفنی مشاهدہ ايتدم . عملياتک اون ايکنجی کوننہ دکن بو حال اصلا تبديل ايتيوب تفلس بشيروی بدأ ايدنجہ شريحہ نک لونی يواش يواش آچيلوب يکرمی يدينجی کونی حسيت عودت ايتمکلہ برابر لوندخی حال طبعی يہ کير .

بو حالده وازہ لين بوريکلی تيار ۳۵ کون متادياً و شريحہ ملايمت کافيہ اکتساب ايدہ سيہ قدر دوام ايدلدی . بومقصده واصل اولنجہ عمليات ايديلن شخص بلاتداوی برهفته دها خستہ خانده بر اقلدی و نتیجہ عملياتدن نموناً خستہ خانده دن چيقدی . خروجی کونی شريحہ منتقلہ ۱۱ ميليمترو ارتفاع و ۲۶ ميليمترو طولندہ اولوب جفنگ حرکتی وفرجہ جفنی حال طبعی دکن آرزہ ايدی .

(۱) شخص مزبور مملکتدن عودتندہ ۱۹ مارت ۱۸۹۷ تاريخيہ عرض تشکرات نيتيہ بکا مراجعت ايتمکلہ شريحہ نک حجعی و جفنگ حرکتی وفرجہ جفنی خستہ نک يوم خروجدن دها مناسب حالده بولتمقدہ ايدوکني مع التشکر کورددم . عملياتک نتیجہ بعیدہ مس نقطہ نظرندن بو خصوصک ابراز ايتديکی اهميت مخصوصيہ استناداً مرقومی جمعيت طبيہ شاهانه نک ۴ حزينان ۱۸۹۷ اجتماعندہ اعضای جمعيتہ ارانہ ايتديکمدن مظهر تقدير بولديلر .

مریضه اونیش کون اهمات لازمہ اجرا ایدیلوب ۱۸ ایلول ۱۸۹۰ دە
ارزوسی وجهله قلورفورمسنز عملیات ایدلدی . اشبو عملیاندن متولد جرحه ۲۳
میلیمترو ارتفاع ۴۰ میلیمترو طولنده اولوب عضد ایمندن استعاره ایدیلان یالکتر بر
شریحہ جرحہ اوزرینہ نقل ایدیلهرک بعده دیکرلرینہ مشابہ برتیار ایله عین ستر
ایدلدی .

ایام متعاقبهده خسته شایان دقت هیچ برشی ابراز ایتدی . عملیاتک یدنجی کونی
تیمار برنجی دفعه تبدیل ایدلدکده عملیات ایدیلان جفنک زیاده شایان ممنونیت برحالدہ
اولدیعنی و آشیلان شریحنک کوزلجہ ملتصق و پنبہ بررنکده وهر جهتده حساسیتی
برکال اولوب هر ایکی کوز قباغنک آلات ایوجہ متحد بولندقلرینی مشاهده ایتدم .
عملیات ایدیلان کوزی تکرار عین وجهله تیمار ایتدم . مع مافیہ ایکی کون صکرہ
خستهخانہ ورودمده صارغینی تماماً بوزولمش بولدیغمدن تیماری تبدیله مجبور اولدم .
امدی صارغینی و دیگر تیمار طاققلرینی تبدیل ایتدیکمده مع التأسف هم ایکی کوز
قباغنک تماماً یکدیگرندن آیرلش اولدقلرینی وهمده عملیات ایدیلان صاغ جفن علونک
طیشاری دوندیکنی مشاهده ایتدم .

اشبو عارضه شہسز خستهنک احتیاطسزلغندن منبعث ایدیسده انک آئیده
چارهسی دوشونلمک ایجاب ایدیلوردی . کوز قباغنی دوزلکمکچون بیهوده صرف
مساعی ایتمکدن ایسه کوز قباغنی دوزلتوب انی او وضعیتده ملاصق شریدرلر و صناعط
بر صارغی ایله طوتدرمینی مناسب کوردم . مع التشکر نقل ایدیلان شریحنہ اقسام عمیقہ
ایله اولدرجه کسب التصاق ایتشدیکہ اشبو عارضه انسانده اصلاً تبدل وضعیت ایتدی .
خسته تحت نظارت مکملہده بولندیریلوب صناعط صارغی دخی تبدیل ایدلمکسزین
بش کون ابقا ایدلدیکی حالده جفنک طیشاری دونمہسنہ مانع اولنمشدر . بواننده
نقل اولنان شریحنہده تفلس بشیروی واقع اولدیغندن وازهلین بوریکنہ ایله اوچ ماه
هر کون اجرای تیمار ایدلمک اوزره آشیلان شریحنہ کافی درجه ملایمت اکتساب
ایتدیکنده تیمار ترک ایدیلوب عین سربست براقلدی .

اشبو نتیجهیه واصل اولنجه مشاهده مقصدیله خستهنی بش هفته دها خستخانہده
آیقویدم . خروجی کونی جفنک وضعیتی شایان ممنونیت برحالدہ اولوب فرجه جفنی
دها ضعیفجه و جفنک حرکتی صاعلم جهتککنہ نسبتله دها خفیف وانسداد جفنی
بالسہوله واقع اولمقده ایدی . یوم مذکورده مساحہ ایدیلان شریحنہ منتقلہ ۱۲ میلیمترو

ازالمش وفرجۀ جفنی طارالمشدر . اوچ هفته صکره خسته خانه دن چیقدي . تصادفاً برسنه صکره مرقومي کوردیکمه خسته نک حالتده هیچ برفرق موجود اولوبو شایان ممنونیت بولمقده ایدی .

مشاهده (۳) — اون یاشنده نحیف البنیه وزیاده لئفاری برقیز برخراج عقدی نی عنقده وفک سفلیسی تحتده ندیان معیوبه نی حامل اولوب مدار حاجیک رم عظیمیسی نتیجہ سی جفن سفلی ایتمده شطرۀ ندیبه وقرنیۀ ایتمه ملاصق و دق ابراز ایتمکده ایدی . اشبو شطره نی متعاقب جفن طیشاری چوریلوب اسفل و وحشیہ چکلش وخافۀ هدیسی مدار حجاجه ملتصق ایدی .

عملیات ۱۵ مارت ۱۸۹۰ تاریخیه قلوروفورم تحتده اجرا ایدلدی . جفک تجریدی مدار حجاج ایله خافۀ جفن آره سنده کی اتصاقات و درون حجاجه تمتد اولوب جفک طوزلمسی منع ایدن لجامات ندیبه مناسبتیه کوچ اولدی .

بویله اولدینی حالده جفن بالسهوله تجرید ایده بیلدک بو حلالده و جفن مریضی جفن علوی یه ربط ایتدکن صکره جرحه ۲۰ میلیمترو ارتفاع و ۳۲ میلیمترو طول ابراز ایدیوردی . اشبو جرحه عضد ایتمدن التان اوچ عدد شریحۀ جلدیه ایله ستر ایدلدی . بعده تیمار وصارغی وضع ایدیلوب دردنجی کون کوزک افرازا ایله ملوث اولدیغدن تبدیل ایتدم . تیمار رفع ایدلکده نقل اولنان شریحہ نی تماماً تعطین ایدلش و کیرلی برلدم . غیر مساعد اولان بو حاله قارشو تغیر ایدن شریحه لری رفع ایتدک . جرحه دقنه تطهیر ایدلدی و اون بش کون صکره تندب حاصل اولدیسه ده شطره یکیدن باش کوستردی . بو حالده و افرالری نک ارزوسی اوزرینه بوقز جقر خسته خانه دن چیقدي .

مشاهده (۴) — قوی البنیه و بلا احوال مرضیۀ ارثیه و کسبیه ۲۲ یاشنده برکنج آدم ۱۸۹۰ سنه سی ۲ ایلول تاریخیه مراجعت ایدوب افاده سنه نظراً اوچ سنه مقدم دوچار اولدینی حره فلفمونیہ نی متعاقب صاغ جفن علویسنده برشطرۀ ندیبه ابراز ایدر . جفن مریض تماماً طیشاری چوریلش اولوب خافۀ هدیسی ناحیۀ حاجیه یه ملاصق ایسه ده مدار حجاجه دکل ایدی . منضمۀ جفنیه فوق العاده متضخم بولنوب متبازر بر منظره ابراز ایدیوردی . حرکات انسدادیاده عین ایمن شطره لی جفنی ایله انجق ناتمام اوله رق محافظه ایدیلوب منضمه نک افرازی زیاده جه ایدی .

وجهنده حصوله کلن فلغمون حمرووی بی متعاقب جفن علوی ايسرده شطره ندیهیه مبتلا اولمشیدی . جفن علوی ايسر تماماً چوریلوب خافه هدیسی ناحیه حاجیهیه ملتصق ایدی . منضمه جفنی قرمزی ومتضخم اولوب طبقه بشیرویه سی خافه هدییه نهایتنده بشره منظره سنی ابراز ایدر . جفن مریض کرچه ناحیه حاجیهیه ملتصق ايسرده مدار حاجیه ملتصق اولیوب شطره لی کوز قباغنده بدرجهیه قدر حرکت مشاهده اولندیقندن انسداد جفنی اتناسنده عین بدرجهیه قدر محافظه اولنهیلور .

خسته اولجه فته تطبیقاً تطهیر ایدلدکدن صکره ۹ کانون اول ۱۸۸۹ تاریخیه عملیات ایدلدی . شطره لی جفن منتظماً تخلیص ایدیالوب جلمات ندیهدن تجرید ایدلدکدن وضعیت طبیعی سینه ارجاع ایدیالوب جفن سفلی ايسره اوچ عدد نقاط حیاطیه ایله اتحاد ایتدیرلدکدن صکره خرمة حالته قونیلان ایپلکری حده نثیت ایدیلور . بودفعه ۲۶ میلیمترو ارتفاع و ۴۰ میلیمترو طولده بولنان وسعت جرعه دن فضله بر شریحه جلدیه نك عضد ايسردن بالقطع ستری ممکن اولمشدر . اشبو شریحه جرعه اوزرینه همان نقل ایله سطح جفنی اوزرینه کوزلجه یاییلدقندن صکره فضله سنی اینجه مقراصرله قطع ایتدک . بوندن صکره شریحه جلدیه نك منتظماً منطبق اولدیغی وخافه لرینک جرعه جفنی ایله تماسده بولندیغی بالسهوله مشاهده اولنیوردی . بونی متعاقب عملیات ایدیان کوزک بالاده تعریف ایدیلن تیماره مشابه بر تیمار ایله ستری ایجاب ایدر .

ایرتسی کونلر خسته نك حالی اولقدردن شایان ممنونیت وصارغی کوز اوزرینه اولقدردن کوزل منطبق ایدیکه تیماری سکر کوندن اول تبدیله لزوم کورمدم . یوم مذکورده تیمار آچیلنجه نقل ایدیلن شریحه نك تماماً ملاصق اولدیغی واندن ماعدا جوار جلدیه دن رنکجه پک آز فرقی اولدیغی مشاهده ایتدیکم کبی آشیلن شریحه نك هر نقطه سنده حساسیت موجود ایدی . اونبرنجی کون عملیات ایدیلن تیمار عین منظره نی ابراز ایدیوردیسه ده یالکر شریحه نك سطحنده بدرجه تفلس بشیروی مشاهده اولنیوردی . عین زمانده ایکی کوز قباغنک حیاطه لری آچلمش ایدوکندن حیاطه لری الدم . بوکوندن اعتباراً وازه لین بوریکیلی تیماره ۷۰ کون دوام ایدلدی . اشبو تداوینک تحت تأثیرنده تفلس ایدن بشیره نك توری یکیدن تشکل ایدن بر بشیره نك تولدیه تعاقب ایدوب شریحه منتقله زیاده ملائمت اکتساب ایتمشدر . بوزمانده نقل ایدیلن شریحه بروجه اتی ابعا دده ایدی . ۱۵ میلیمترو ارتفاع و ۲۸ میلیمترو طول . مع مافیه عملیات ایدیلن کوز قباغنک متحرکی صاعلم طرفه تسبته

بررقاده ايله ستر ايدرك انك اوزرندن معاونلر يزدن بريله خفيفجه تضيق ايتديرديكمز مدت ظرفنده بيوجك وكسين اوسطوره ايله صول عضدندن شريحه جلدیه قطع ايتدك .

آيريلان شريحه جلدیه همان جرحه اوزرينه وضع اولندقدنه تماماً انی ستر ایده مدیکندن بر دیگریندها قطعه مجبور اولدق .

بتون سطح جرحه جفیه بووجهله آشیلنوب انجه ایدودفورم طوزی سرپلدکن سکره تیار وضع اولندی . ایام متعاقبه حسن صورتله کذران ایدوب آلتنجی کون صارغی کوشه دیکندن تیاری قالدردیغمده شریحه یی یالکز برنقطه مستنا اولدینی حاله . نقاط سارده کوزله ملاصق بولدم که مذکور نقطه انفه قریب جهته اولوب اوراده شریحه نك بر قسمی التصاق ایتوب بیاض برنك ابراز ایتکده ایدی . هیچ بر نقطه حس تماس موجود دکلدی اصول وجهله تیار اجرا ایتدم .

طقوزنجی کون تیار تبدیل ایدیلورکن عین حالی مشاهده ایتدم . انسی جهته شریحه نك بر قسمی تماماً تعطین ایدلمش رحالده ایدوکندن تغیر ایدن بوپارچه یی انجه مواصله قطع وتیار ایتدم . اون ایکنجی کون آشیلن شریحه بالتماس حساس ایهده برقلش بشیروییه مقر اولوب اجقان یکدیگرندن آیرلدقلرندن حیاطه لری رفع ایدوب وازهلین بوریکیلی بر تیار وضع ایتدم .

مذکور تیار هر کون تجدد ایدیلوب آشیلن شریحه کافی درجه ملایمت ابراز ایدنجیه قدر ایکی پحق ما قدر اکا درام ایتدم . بومدت ظرفنده شریحه ده محسوس برتناقص حجم مشاهده اولنوب انك ارتفاعی ۱۲ میلیمترو وطولی ۱۹ میلیمترو مقدارنده ایدی . جفك کره عین اوزرینه انطباقی اجقان ايله عین یننده بر مقدار آچیقلق بولندیفندن کافی درجه ده دکلدی . لکن اشبو محذور چابوجق اجرا ایتدیکم حیاطه عضروف جفی عملیاتیه تصحیح ایدیلوب عملیات ایدیلن جفن دیگرندن انحق شریحه نك رمکنك بیاضلغیه وحركتك بالنسبه آزلغیه فرق ایدیه بيلمك اوزره نتیجه عملیه مکمل ایدی . اشبو خسته نك خسته خانه ده اقامتی من حسیت المجموع ۱۴۵ کون دوام ایتدی . نقل ایدیلن شریحه نك ملایمتی ظهور ایتدیکی دقیقه دن اعتباراً انك ابعادینك بالاکماش ارتق تناقص ایده مدیکی عملیات ایدیلن جفك دفعاتله مساحه سیله ثابت اولور .

مشاهده (۲) — ۵۴ یاشنده متوسط ینیه ده و احوال مرضیه دن بری بر آدم ۵ کانون اول ۱۸۸۹ ده خسته خانه ده داخل اولوب افاده سنه نظر آیدی سنه اقدم

شریحہ نك بر قسمی غانغر نلوب دوشر بو کبی خصوصاتده بالطبع تموت ایدن پارچه قطع ایدیلوب چیقاریلور ، شہسز بو حالده نتیجہ عملیہ ناتمام قالور .

بر عملیاتی مؤخرأ نتیجہ غیر موافقہ اقتران ایتدیرن مخدورلری دفع ایتکچون موجود اولان یکانہ واسطہ خستہ بی بتکرار عملیات ایدوب یکیدن بر شریحہ جلدیہ قطعیلہ جرحہ جفنیہ اوزرینہ تطبیق ایتکدر .

بو حالده جرحہ بر قاق کونلر ۵۰۰۰-۱ سوبلیمه محلولی تیمارلرله ستر ایدیلوب بعدہ قولدن چیقاریلن شریحہ جلدیہ تطبیق ایدلکده حسن نتیجہ استحصال ایدیلور . اشته طرفی عاجزانہ مدن اجرای عملیات ایدیلن خصوصاتدن بعضارینک مشاہدہ لینی بروجه آتی ذکر ایدیورم .

مشاہدہ (۱) - ۲۰ یاشنده قوی البنیہ وبلا احوال مرضیہ ارنیہ وکسیہ کنج بر آدم ۱۸۸۷ سنہ سی ۱۵ تشرین اولده جفن سفلی ايسرنده بر اثر حیلہ ایلہ خستہ خانہ داخل اولور . خستہ فہ تطبیقأ تداوی ایدیلوب ۱۸ تاریخیلہ معلم متوفی ترہ لا خستہ خانہ مزى زیارت ایتدیکی ائشاده فرصتدن بالاستفاده بو خصوصده ندہ بی متعاقب وقوعی طبعی اولان شطرنی منع ایدہ بیلک اوزرہ بر تدیر فنی موافق حقندہ رأینہ مراجعت ایتدم . مووی ایلہ تشخیص و تداوی بی تصدیق برلہ ترزر ایتکده اولان سطح جرحہ اوزرینہ خستہ مز حسب الایجاب مملکتہ کیتکچون چند کون صکرہ خستہ خانہ دن چیقدیقندن بوفرانسزلی جراح شہرک نصیحتی طوتمق ممکن اولہ مدی . آتیجی مرقوم بر یحق سنہ صکرہ ۱۰ حزیران ۱۸۸۹ ده مملکتندن عودتندہ تماماً شطریلی بر حالده اولوب بتون خافہ ہدیسی حدہ ملتصق بولنان جفن سفلیسنک تعمیر یچون بزہ مراجعت ایتدی .

بو وجهلہ طیشاری چوریلن جفن رزودہ سی اسفلده بر زاویہ تشکیل ایتکده ایدیکہ منضمہ جفنی و رتج جفنی و منضمہ بصلینک قسم سفلیسی قرمزى و حال ارتشاحده ایدیلر و منضمہ نك افرازانى ازالش ایدی .

مرقوم ۱۲ حزیران ۱۸۸۹ ده قلور و فورم تحتندہ عملیات ایدلدى . اولاً جفنک خافہ ملتصقہ سنہ موازی و آندن آز بر مسافده برشق اجرا ایدوب بعدہ بروجه بالا بسط ایدلدیکی طرزده جفنی تخلیص ایتدم . اولزمان جفن علوی بی جفن سفلی ایلہ اوچ عدد فقط حیاطیہ واسطہ سبلہ اتحاد ایتدیروب حیاطہ لک ایلککریخی خرمة حالندہ جبہ یہ ربط ایتدم . همان عقیندہ جرحہ مساحہ اولندقدہ ۳۳ میلیمتر و ارتفاع و ۳۶ میلیمتر و طولندہ ایدی . آتی اولزمان ۵۰۰۰-۱ سوبلیمه محلولی

مفقودی اولوب آتجق برنجی آک عقبنده و اوئانده آشکار اولور و مؤخرآ انکماش کیتدکجه ازاله رق شریحه کافی درجه یموشاقلق کسب ایدنجه توقف ایدر . بودقیقه دن اعتبارآ تدای تعطیل ایدینوب مؤخرآ برانکماش وقوعندن آرتق قورقلمیه رق کوز سربست برآقیله بیلور برچوق خسته لر اوزرنده متعدد دفعه لر وسیرک فاصله لرله اجرا ایتدیکم مساحه لر بوخصوصک صحی حقنده بکا تأمینات بخش اولدیلر .

خصوصات مشروحه دن مستبان اولدینی وجهله شطربه مبتلا اولان کوز قانغک اولدغجه سطحی واسع برجرحه حاصل ایدمک اوزره عریضاً تخلیصی ایجاب ایدوب جرعه مزبوره اوزرینه متناسب ابعادده برشریحه جلدیه وضعی لازمکلور . بووجهله حرکت اولدینی حالدده فعل انکماشک ختام وقوعنده یا جوق قیصه برکوز قباغی ونده انسداد جفنی غیر تال وقوعندن قورقلمز .

تعداد ایتدیکم تفصیلات ۱۸۸۹ سنه سنده ۱۸۹۷ سنه سی مارتنه دکن تیرش اصولیه جلد آشیسی اجرا ایتدیکم ۴۲ شطره ندی مشاهداتندن اقتباس ایدلمش تجربه عملیه نک نتیجه سیدر .

اشبو ۴۲ خصوصدن ۲۶ عددی (بونلرک اونیش عددی جفن علوی واونبر عددی جفن سفلیده) نتیجه قطعیه تامه ایله اجرای عملیات ایدلمشلردر شول وجهله که یالکز آشیلنن شریحه کوزلجه طوتوب تدای سایه سنده مؤخرآ ملایمت کسب ایتدیکی منللو عملیات ایدیلن جفن بعدالانکماش کره عینک منتظماً محافظه سنه کافی بر وسعت ابراز ایدر .

اونبر دفعه ده (بونلرک ایکسی جفن علویده وطقوزی جفن سفلیده) عملیاتدن اولقدر موافق بر نتیجه استحصال ایده مدک . اشبو نتیجه غیر تام حصولنه باعث اولان اسبابی شرح ایتک حائر منفعتدر ظن ایدرم . اول امرده اعتراف ایتلیرکه دائماً اوسطوره واسطه سیله وسعت کافیه ده برشریحه کیره قطعی دائماً ممکن اوله میوب جرعه نی تماماً ستر ایتکچون اکا برایکی شریحه ده علاوه سی لازمکلور . امدی بالاده بیان اولدینی وجهله شرائط مزبوره تحتنده شریحه لرک کافه سی انساج عمیق ایل کسب التصاق ایدر لر سه ده علی الاکثر بو آشیلنن شریحه لرک بری ویا برقاچی تموت ایدوب متعاقباً ندبه حصوله کلکله آنک انکماش عملیاتدن مأمول اولان تبجیهی اخلاص ایدر .

بعضاً دخی نادراً جرعه جفنی اوزرینه یالکز برشریحه جلدیه نقل ایدلیدیکی حالدده بیله شریحه مزبوره نک کافه سی تحتنده کی انسجهیه التصاق ایتیموب آشیلنن

(۵) اوسطوره ايله رفع ايديلن شريحه جلدیه نك جرحه جفنيه تماماً ستر ایده بيله جك قدر واسع اولسي مقتضيدر لکن بودائما ممکن اوله ماز بمضدفعه شريحه کافی بيوکلکده اولمديندن بتون جرحه يي ستر ايتکچون ايکنجی وحتی اوچنجی بر شريحه احتياج واردر . اڤک زياده موفقیت حاصل اولان خصوصات يالکتر بر شريحه جلدیه ايله اجرا ايديندركه بونکله (وده کز) ک موزاييق طرزنده کی جلد آشيسته مغايردر .

(۶) بمضکره بلا خطا اجرای عملیات ايديلوب شريحه دخی التصاقات کسب ايتديکی وکره عينک سترينه کافی وسعتده بولدينی حالده بيله آڤک کوز اوزرينه کوزلجه انطباق ايتمز . جفن سفیده واقع اولمین بوحال شطره نك يکدن ظهورنی ايتما ايدرسده اوله دکلدردر . آڤجق جفنک بوججهله سو انطباقی عضله مدار حجاج اليافک بر قسمک خرايسته اسناد ايديله بيلور . زیرا معلوم اولدينی وجهله عضله مزبور جفنی وضعيت طبيعیه بولنديروب تقلص ايتديکی زمان دخی جفنی سد وکوز ياشلرينک قنات دمعی به طوغری ايلريلمسنة خدمت ايدر .

عملیات ايديلن جفنک اشبو سو انطباقی مخدورينه چاره اولمق اوزره حياطه غضروف جفن اجرا قلوب جفن وضعيت طبيعیه ارجاع ايدلديکی مثللو بالاخره سو نتیجه نك معاودتی برطرف ايدلمش اولور .

(۷) شطره دن عملیات ايديلنرك برچوغنده لکن علی الخصوص جفن علويارنده عملیات ايديلنلرده برتناقص حرکت وخفیف درجه ده سقوط جفن مشاهده اولنورکه آڤک عقبنده عين دها کچوک وعملیات ايديلن طرفه کی فرجه جفنيه صاعلم طرفه کنه نسبتله دها ضيق کوزیکور . اشبو تناقص حرکت عضله رافعه جفن علوبنک شطره يي حصوله کتورن سبب مخربک تأثيريله فعاليتدن محروم قاليشنه عطف ايديله بيلور .

(۸) جهت عملیه جه حائر اهمیت ديگر برخصوص دها نقل اولسان شريحه نك مؤخرأ دوچار اوله جفنی درجه تقلصدر . هيچ شبهه يوق که تقلص اولکی حجمی تنقيص ايديله بيلور فقط اشبو تناقصک برحدی واردرکه اکثراً آنی تجاوز ايدمهز . بر شريحه جلدیه کوزلجه طورسه آشيستن شريحه نك نصفندن زياده سنی عيب ايدمه سیه قدر فعل انکماشک ترقیسی واردر علی الاکثر فعل انکماش نقل اولتان شريحه نك ابعادي ثلثن ويا نصفه قدر ارجاع ايتدکدن صکره توقف ايدر .

انکماشک درجه يی نه اولورسه اولسون ارتفاع استقامتده طولانی استقامتده کندن دها زياده در . شایان اشعار برکیفیت بعدالعملیات برنجی هفته طرفه انکماشک

وازمایان بوریکی تیارک دوام اولمسنه براهمیت مخصوصه اسناد ایدیمه سب
آنک یالکز آشیلان شریحه نك منظره وقوامی برطرز مناسبه تعدیل ایتمیدن دکل
لیکن بر درجه قدر آنک سطح نك بالانکماش کوچولمسنه دخی مانع اولدیغیچوندن .
بندکز بوخصوص اجرای عملیات ایتدیکم برچوق کسه لرده مشاهدده ایتدم .
جهت عملیه جه شایان اهمیت بر کیفیت دها نقل اولنان شریحه نك درجه کافیه ده اکیلوب
بوکلک خاصه سنی ابراز ایتدیکی دقیقه دن اعتباراً آنک مؤخرأ بالانکماش سطح نك
تناقص ایده بیلیمسی احتمالی برطرف ایدلمش اولور . صاریغ نك طول مدت صارلمس نك
اهمیتدخی شفای نامه دکی کوز قباغ نك چورلما سچون آتی دوزلدیکی وضعیته
طوردرمسیدر . ایکی کوز قباغی حیاطیه واسطه سیله اون کوندن زیاده متحد
طوره مدیغدن صاریغ نك تمدید استعمال نك اهمیتی اکلاشیلور . زیرا اون کون صکره
حیاطه لر آریلوب کوز قباغی آچیلور .

طرز عملیاتی و بعدالعملیات تعقیب ایدیه جک تدایوی تعریف ایتدکن صکره
مسئله یی دها یقیندن تدقیق ایله نتیجه عملیه اوزرینه تاثیر اوله ییلن خصوصاته دائر
فکر عاجزانه میده بیان ایتکم ایسترم که خصوصات مزبوره شونلردر :

(۱) عملیات اجرا ایدیلن کوز قباغی واسعاً تخلیص ایدیلوب طبعی بر کوز
قباغندن فضله جه بروسعت ویرلمک اوزره کوزله تمدید ایدیلور . بو وجهه واسع
برجرحه جفی حصوله کلورکه بالنسبه دها بیوک بر شریحه جلدیه ایله اوله ایدیه بیلور .
اشبو تدبیر احتیاطی مهم سایه سنده بعدالشفاکرۂ عینی بالنسوله منتظماً ستر ایده بیلیمکه
کافی بر جفن استحصال ایدلمش اولور .

(۲) آشیلان شریحه ایله جرعه جفی یکدیگرینه کوزله تماسده بولمقچون
جرعه نك سطحی منتظماً مساواتده بولمق لازمکلور . زیرا سو انطباق شریحه نك
نموتی بادی اولور .

(۳) وسعت کافیه ده برکوزل شریحه نك قطعی دائماً قولای دکلدر . کسکین بر
اوسطوره ایله تیرش اصولنده بیوجک بر شریحه جلدیه رفع ایده بیلیمکچون الشمس
اولمق لازمکلور . بوندن ماعدا اتناى قطعه شریحه یی ازما میلدز .

(۴) تیرش اصولیه رفع ایدیلن شریحه نك (له فور وولف) اصولیه رفع ایدیلندن
دها آز الاستیق اولدیغی معلوم ايسه ده بوکلکه واو جری قیوریلیمغه مستعددر . بو
سببدن بالکز جرعه جفی اوزرینه شریحه یی کوزله یایمق کفایت ایتیبور بر مبلق
ایله شریحه نك خافه لرینی دوزلتوب جرعه نك خافه لریه تماسده بولندرمق ایجاب ایدرکه
عدم موفقیتندن اجتناباً بوباده مسامحه اصلاً جائز اوله ماز .

بوندن صکره اوسطوره ايله جرحه جفنيک تمامی اولزسه بيله قسم کليسی ستر
ایتمکه کافی بر شریحه رفی قالورکه بوخصوص اخیره بر قاج عددده کوچک شریحه لر
علاوه ایدیه بیلور . لکن نقل ایدیه جک اولان شریحه بی طی ایتردن اقدم اکثر
دفعه استعمالیه خدمت ایدن قول صیجاق صابونی صو و بعده مضاد تعفن بر محلول
و کثول ايله کر زله تطهیر ایدیلوب شریحه نک بالمسوله استیصالی چون ایوجه کریک
طوبلجی و شریحه نک هان استیصالی متعاقب سطح جرحیه وضع اولمسی لابددر .
اولزمان شریحه دقتله یاییلوب خافه لری جرحه نک خافه لریله کال دقتله تماسده
بولند بر ملیدر . شریحه جلدیه بو وجهله جرحه جفی اوزرینه دقتله تطبیق ایدیلنجیه
ایجه ایودو فورم طوزیله مشتوع بر فورچه ايله بتون جفن اوزرینه سروب اوزرینه
۱۰۰-۴ حامض بور محلوله باتمش بر رفاده ودها صکره قطن مصفا و صیقیجه بر
صارغی وضع ایدرم . فرداسی کونلر خسته یتاغنده اوطوروب اوطه سنده دخی
کزینه بیلور . عملاتک ایلک کونی مایع اغدیهدن ماعداسنه مساعده ایتیوب صکره لری
یواش یواش معتاد اولان اطعمه بی اکلنده باس یوقدر .

عملیات ایدیلن کوز اوزرنده تیماری بر هفته و یا خود لاقل بش آلتی کون بر افاق
معتادم اولوب آتی بومدتدن اول تبدیل اتم . بومدت ظرفنده آشیلان شریحه
موفقیت اولدینی تقدیرده انساج عمیق ايله آز جوق التصافات کسب ایدوب علی الاکثر
هیئت مجموعه سده کلکون و یا صونوفجه پنبه بر رنگ ابراز ایدر . بعضکره دخی هر
نقطه سنده حسیتی موجوددر بعضاً ایسه اشبو حسیت آتجق اونش یکر می کون صکره
ظاهر اولور . علی الاکثر اولزمان آشیلان کوز قباغ نک سطحنده قفلس طبقه بشیرویه
واقع اولور . نادر آ بوتفلس بشیروی دها کج و علی الاکثر دخی اون اون ایکنجی
کونده مرئی اولور .

آشیلان شریحه نک قفلسی مشاهده ایدنجیه ایودو فورم طوزلری بر اقوب و ازهلین
بوریکه استعمالنه باشلام که بوخصوصده عملیات ایدیلان جفن اوزرینه ۱۰۰-۴
حامض بور محلوله مغطوس و اوزرینه و ازهلین بوریکه سوراش بر رفاده و انک
اوزرینه قطن مصفا و وحیدالعین صارغی تطبیق ایدرم . هر کون تبدیل ایدیکم
اشبو تیمار بر یجق ماه قدر دوام و بعضاً دخی ایکی اوچ و درت ماه قدر و نقل ایدیلن
شریحه جلد درجه سنده عمو شاقلق اکتساب ایدیه قدر دوام اولمق لازمکلور .
وازه این بوریکه ايله اجرا ایدیلن تیمارک دیگر بر خاصه بی ده قفلس ایدن بشیره
انقاض نک طردنی تسهیل ایدوب انک یرینه بر یکی بشیره طبقه سی ظهورینه خدمت
ایستدی کچوندر ،

بعدالعمایات لازمکن تداوی به دائر بعض تفصیلات درمیانم مساعد اولنمی نیاز ایدرم .

عملیاتدن همان اول عین واطرافی اول صیجاق صو وبعده مضاد تعفن محلول ایله وعلی الاکثر ۵۰۰۰-۱ سوبلیمه ایله غسل ایدیلوب اولزمان اولجه ۱۰۰-۲ نسبتده حامض فنیك محلوله غطس اولنمش بر مشروط قطع ایله جفنك خافه هدنی ملققه سته موازی اوزونجه بر شق عمیق اجرا ایله هر جهندن شق مزبوری جفنك طوائف تجاوز ایتك اوزره تمید ایدرم . بعده التصاقات یواش یواش مشرطك اوجیله آیرملق اوزر . جفن مریضی تخلیص ایدوب جفنك طوغرولسته مانع اولان لجامات ندیهنی تصادفی ایتدکجه استیصال ایدرم . جفن مریضك اشبو وجهله تخلیصی جفنك هیچ بر محله ولو جزوی برانکماشه معروض اولقسزین حال استراحتده بولنه بیلمسته دکن دوام اولنه بیلور . اشبو نتیجه استیصال اولتجه ایکی خافه جفنیه ۳-۴ نقطه حیاطیه ایله اتحاد ایتدردم لکن هر ایکی کوز قباغی (علوی وسفلی) بردن شطریه مبتلا ایسه لر اشبو اتحاد ممکن اوله مدیغندن حیاطه ایپلکاری یالکزر عملیات ایدیلن جفنك خانه سندن کچوروب تشکیل ایتدیکم بر خره نی جفن علوی ویا سفلیك شطریه سی موجود اولدیغنه نظراً ایپلکاری مقابل جهته اولجه چکمه دقت ایدرك جبهیه ویا خود حده قوللودیون ایله یاشد ایدرم . اشبو نهایتکی مانوره واسطه سیله جفنی کوزلجه کریمکه و (ویکنه رکیویج) ك نصیحتنه توفیقاً سطح جرحیه توسیعه دقت ایدرم شوفر ق ایله که مومی الیه حیاطه لری یالکزر عملیات ایتدیک جفن اوزرندن کچوردیکی حاده بنده کز اشبو جری علی الاکثر هر ایکی جفنی اتحاد ایتدردکم حاده اجرا ایدرم . ایلروده کوره جکرکه سطح عملیه نك بو وجهله چکمک واسطه سیله توسی نتیجه قطعیه عملیه ایچون زیاده حائر اهمیتدر . اشبو جرك دیگر بر منفعتی ده ا حیاط ایدلکسزین کوزوکیوب کافه سی قطع ایده بیلکله کمز محتمل اولان بعض لجامات ندیه صغیره نی مرئی قیلمقدر .

شطرملی کوز قباغی مقدار کافی تخلیص ایتدکن صکره آشیلنه جق شریحه نك حسن تطابقه خدمت ایتك اوزره تبارز ایدن انسجه نی استیصال ایدرك سطح جرحیه نی ممکن مرتبه منتظم و متساوی برحاله ارجاع ایتلیدر . الحاصل سطح جرحیه ده واسع قیلمه چون آنک محیطنه برقاج میلیمترو عمقده بر شق عمیق اجرا ایدیلور . بونی متعاقب جرحیه نی اوج درت دفعه بوکولش و بر محلول مضاد عفنی به غطس اولنمش بر رفاده وضع ایدوب انک اوزرندن بر معاون عملیات ایدیلن جفن اوزرینه توقیف انزفه ایچون ال ایله اجرای تضیق ایدر .

اوچنجی دردنجی بشنجی آلتنجی کونلر عین حال دوام ایدوب یدنجی کون صارغی کوشه دیکندن آتی یکله مک انجای ایتدی . امدی پانسان طاقلری قالدیروب جفن اوزرندن ایودوفورم اغباری تطهیر اولندقدن شریحه یی یابس و غیر حساس و بسبتون سیاه برحاله بولدم .

اشبو غیر مساعد منظره یه قارشو آشینان شریحه اقسام عمیقیه ملاصق کبی کورنه یکندن آتی بر آز دها برنده براقق استدم . کوز اوزرینه وضع ایدیلن عین تیمار ایکی کون صکره تبدیل ایدلدی . بودفعه نقل اولسان شریحه کندیلکندن تیمار طاقلریله برلکده آیرلدیغده فحم مثللو سیاه بررنک وقرنی برمنظره ابراز ایدبوردی وایکی کوز قیاقلریدنخی یکدیگرندن آیرلمشای ایدی . ایودوفورم ملی بر پانسان تختده شریحه نک طردندن متحصل جرحه اون ایکی کون طرفنده ایو اولدی ایسه ده انکماش ندینی متعاقب شطره ینه ظاهر اولدی . بو حاله شحص مرقوم خسته خانه دن چیقوب برقاج سنه صکره تکرار داخل اولدیغده (تیرش) ک جلد آشیسی اصولیه عملیات ایدلدی .

بروجه بالاده ذکر ایتدیگم شوایکی مشاهده حصوله کلان ۳۳ مفقیت بنده کزی فی الحقیقه داغدار تأسف ایتدی . بوخسته لک ایکیسندده شریحه لک غاقرنلنمسی کمال دقله اجرا ایدیلن برعمایادن منتظر اولان نتیجه یی برطرف ایتشد . مع مایه اجفانک جلد آشیسیله تعمیر و تصحیحی فکری بنده کزه اولقدر عملی کورنیورایدیکه اجرا ایتدیگم شو مشوم تجربه دن صکره یله آنک شطره ندینک تداویسنه تطبیق ممکن اولوب اولدینی حقنده بر قطعه دسترس اولقسنرین اشبو یکی ترضیع جفن اصولندن واز کجه میوردم .

بر آز صکره (تیرش) ک جلد آشیسی اصولندن ژانک جراحیله حسن تطبیقندن خبردار اولدم . اولزمان بونی شطره ندیده استعمال فکرینه دوشدم . حقیقتکو اولمقچون صادقانه اعتراف ایدرمکه اشبو فکر بنده کزه (دفاتر امراض عینه) نک ۱۸۸۹ سنه سی ۷۱ نجی صحیفه سنده (ویاله) طرفندن « امراض عینه ده یکی بر جلد آشیسی اصولی ، تیرش اصولی و آنک جراحی عینه ده تطبیقاتی » عنوانیه نشر ایتدیکی مقاله نک قرائتندن صکره توارد ایتدی . بو صورتجه ۱۸۸۹ سنه سنده اجرای عملیات ایتدیگم بر شطره ندیده استعمال ایتدیگم حسن نتیجه دن جسارت الهرق بروجه آتی ذکر ایده جکم ۴۲ خسته ده بوکونه دکن کمال موافقیته موقع تطبیقه قویدیمعی مع الافتخار بیسان ایدرم . لکن اندن اول بعض معلومات عملیه ایله

تضيق اولند قدہ شریحہ نك خافہ لریدن ماومتراق بر قیج صیرمقدہ اولوب حیاطہ لرك بر قسعی جلدی بیرتمش وولیکنه باتان محللر قیج ایله مشبوع ایدی .

غیر مساعد بو معظرة نك موجودتی حسیله جفنی اشبو غافزون اولاش شریحہ دن تخلیص ایدوب جرحه منتہنی قواعد جراحیہ به تطبیقاً تداوی ایتکدن ماعدل برشی یاپه مزدم . اشبو تداوینك تحت تاثیرندہ یکریمی کون ظرفندہ تندت واقع اولد بیهده ایتکماش ندی شیدی متعاقب شطره خارجی بنه ظهور ایدی . عین خسته بر قیج آیلر صکره فريك اصولیه اجرا ایتدیکم تضعیف جفن عملیاتی متعاقب حسن نتیجه ابراز ایدی .

مشاهده (۲) — ۴۲۰ یاشنده وھیچ بر استعداد ارثی وکسییمی اولین بر شخص جفن علوی ایتندہ بش سنه اقدم ناحیه جفنی حاجی ایتدندہ ظهور ایدن تقریجی متعاقب بر شطره خارجی تام ابراز ایتکده ایدی . مرقوم خسته خانه به ۱۰ کانون اول ۱۸۸۶ تاریخندہ داخل اولوب جفن تماماً کری دوتمش و خافه هدیه سی حاجیه التماس ایتماش ایهده مدار حجاجه ملتصق دکل ایدی . منضمه جفنی کسب ضخامت ایتمش اولوب قویو قرمزی رنگده و بشره محاطی بشره مثلثو قسمماً یابس ایدی ۱۲ کانون اول تاریخیم عملیات قلور و فورم تحتده و برنجی مشاهده نامه دن توصیف ایتدیکم عین شرائط مضاد تعفینه رعایتله اجرا قلندی . اوج سانتیم طول و ۱۷ میلیمتر و ارتفاعندہ اولان جرحه جفن بودفعه دخی متوفی خواجهم و یانه لی معلم (آرت) ک نقل اهداب اصولیه عین زمانده شعره عملیاتی اجرا ایتکده اولدیم دیگر بر شخصدن استعداد ایدلدی آنجق بوراده استیصال ایدیلن شریحہ جلدیه حال طبعیه کندن بر مقدار بیوجک اولغله آدن فرقی ایدی .

اشبو شطره و شعره عملیات مضاعفه سی اجرا ایتکچون بوجه آتی حرکت ایتدم : شطره لی اولان جفن علوی کوزلجه تخلیص ایدوب خافه هدیه سی جفن سفلی خافه سنه اوج عدد نقط حیاطیه ایله ربط ایتکدن صکره جرحه جفنی سی ۵۰۰۰ — ۱ سوبلیمه محبوثه مغطوس بر رفاده ایله ستر ایتدم . اولزمان شعره عملیاته بدأ ایدوب عملیات ایدیلن جفندن آیردیغ شریحہ جلدیه نی آئیده مذکور جرحه جفینه اوزرینه نقل ایتدم . مع التأسف اشبو شریحہ جرحه سی ستره کفایت ایتدی جفن اوزرینه ایدو و فورم طوزیله وضع اولنان دیگر پانسمانلر وحید العین بر صراحی ایله طوتدیرلدی . ایکنجی کونی خسته نك حالی زیاده سیله شایان ممنونیت اولوب کیجه این کوزلجه اویومش و حرارت واضطرابی مفقود و استهاسی موجود ایدی .

ایمن تماماً جوریلوب خافۀ هندیسی حدود لجامات ندیه واسطه سیله کسب ارتباط ایتشدی .
جفتک طبقۀ ملتجمه سی زیادہ سیلہ مرتشح و متضخم و قویو قرمزی رنگدہ اولوب
منضمہ بصلی دخی یالکز قسم سفلیسندہ قرمزی و مرتشح ایدی . طبقۀ قرنیہ ثاث
سفلیسندہ مکدر اولوب اونقطہ غشاء مزبورک سطحی تسجحات بشرویہ نتیجہ سی
غیر منتظم ایدی . جفن سد ایدلک استیلدیکی زمان عین ایمن قسم سفلیسندہ محافظه
ایدیله میوب طبقۀ منضمہ نک افرازی مبدولہ ایدی .

مرقوم ۳۰ آشرین اول ۱۸۸۶ تاریخله یروجه آتی طرزده عملیات ایدلدی :
عین مریض اولاً صیجاقی صو و بعدہ مضاد تعفن بر محلول ایله غسیل ایدلکده نصکره
بر مشروط ایله جفتک خافۀ ملتصقه سنہ موازی رشق اجرا ایتدمکده شق مزبور انسبدن
و وحشییدن جفتک حدودینی تجاوز ایتکده ایدی . یولده تصادفی ایتدیکم لجامات
التصاقیه نک کافه سنی تخریب و ایجابندہ استیصال ایتک اوزره اولزمان بتون جفتی
تخلیص ایتدم . بویله جه تخلیص ایدیلن جفن هیچ بر طرفدن ذره جه تقبض ایتیه رک
وضعیت طبعیه سنہ ارجاع ایدیلہ یلور ایدی .

بو حالده ایکی کوز قباغنی درت حیاطه ایله اتحاد ایتدیروب ایلکک رک اوجلرینی
قوللودیون ایله جبهیه تثبیت ایتدم . اشبو عملیاتدن متولد جرحه درت سالتیم طول
و ایکی بچق سالتیم ارتفاعندہ ایدی . عضد ایتندن آیریلان و هر طرفدن وسعت
جرحه بی برقاج میلیمترو تجاوز ایدن و نسج حجروئی تحت الجلدیدن معرا اولان
بر شریحۀ جلدیه جفن اوزرینه تطبیق ایدیلوب جرحۀ جفن خافه لرینه ۱۲ نقط
حیاطیه ایله اتحاد ایتدیردی . بوندن صکره دخی عملیات ایدیلن کوز اوزرینه
دائروی بر پارچه پروتکتو وینہ معدوم التعفن و دائروی بر پارچه جرب مشمع و بر
صارغیدن مرکب بر تیمار وضع ایتدم . اولزمان مرقوم یواشجه یتاغنه نقل ایدیلوب
استراحت نامده بولمنسی کندوسنه توصیه ایدلدی . ایکنجی کونی سرریانه و رودمده
خدمتچیدن خسته نک کیجه بی پک راحتسز کوروب جزوی ایویه یلدیکی اوکرندم .
معاینه مده ۹۶ نبض و ۳۸ درجۀ حرارت و لسان یابس اولدیغنی مشاهده ایتدم .
خسته عملیات ایدیلن کوزندن اصلاً شکایت ایتیبوب صارغی دخی یرنده ایدی .
برهیز و ملطقات ترتیب ایتدم . اوجنجی کونی خسته نک حالی دها ایو ایدی .
دردنجی کون صارغی کوزک افرازا ایله ملوث اولوب اجهزۀ تیماریه رفع ایدلکده
کریه بر رایحه حس ایتدم و شریحه مورمتراق رنگدہ اولوب غیر حساس ایدی .

