

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

- Coloured pages / Pages de couleur
- Pages damaged / Pages endommagées
- Pages restored and/or laminated /
Pages restaurées et/ou pelliculées
- Pages discoloured, stained or foxed/
Pages décolorées, tachetées ou piquées
- Pages detached / Pages détachées
- Showthrough / Transparence
- Quality of print varies /
Qualité inégale de l'impression
- Includes supplementary materials /
Comprend du matériel supplémentaire

- Blank leaves added during restorations may
appear within the text. Whenever possible, these
have been omitted from scanning / Il se peut que
certaines pages blanches ajoutées lors d'une
restauration apparaissent dans le texte, mais,
lorsque cela était possible, ces pages n'ont pas
été numérisées.

TRAVAUX ORIGINAUX

LA BACTÉRIOLOGIE, L'HYGIÈNE ET LA MÉDECINE (1)

Par E. P. LACHAPELLE, M. D.,

Président du Conseil d'Hygiène de la Province de Québec, délégué du Canada
au Pan-American Congress, Mexico.

Monsieur le Président,

Messieurs,

Le temps laissé à ma disposition a malheureusement été trop court pour me permettre d'accorder au sujet de ce travail tout le soin que mérite son importance. Averti tout récemment, par un gouvernement nouvellement arrivé au pouvoir, de l'honneur insigne qui m'était destiné, je n'ai pu que préparer à la hâte les quelques notes qui vont suivre, dont j'aurais voulu augmenter le mérite par des recherches plus détaillées et plus précises. J'ai dû me contenter de réunir quelques idées qui ne me sont pas absolument personnelles, qu'un grand nombre d'hygiénistes ont probablement exprimées avant moi, mais qui n'en démontrent pas moins l'importance de plus en plus grande acquise de nos jours par l'hygiène moderne, le rôle de plus en plus humanitaire et éclairé qu'elle joue dans la société actuelle et cela grâce aux découvertes de Pasteur.

Si peu complètes que soient ces quelques notes, elles laisseront, je l'espère, entrevoir ma pensée, et c'est là tout ce que je désire.

Pasteur a créé de toutes pièces une science nouvelle, la bactériologie. Ce sera la plus grande gloire de ce génie étonnant, d'avoir ainsi révélé au monde scientifique les secrets de la vie des infiniments petits, d'avoir mis en évidence le rôle énorme qu'ils jouent dans la vie animale. Agents déterminants de la fermentation sous toutes ses formes, causes premières de l'infection, de la contagion, de l'épidémie, les microbes agissent sur la matière vivante, la modifient d'une manière surprenante et peuvent même l'altérer au point de mettre en danger la vie humaine. Si bien que de tous les êtres de la création, l'homme est peut-être celui qui, grâce à la finesse de ses tissus et à la complexité de son fon-

(1) Discours prononcé à l'une des réunions solennelles du Congrès Médical Pan American, tenu à Mexico du 16 au 19 novembre 1896.

tionnement vital, cubit avec plus de facilité les influences du milieu. Obligé d'emprunter à la nature ses aliments et son oxygène, il ne doit l'admirable fonctionnement de ses organes qu'à l'activité intégrale de sa nutrition cellulaire, et cette activité dépend en grande partie du milieu où il vit, de l'air qu'il respire, des aliments qu'il absorbe.

Or, Pasteur, en démontrant que l'air, que l'eau, que les aliments, que tout ce qui entoure l'homme et pénètre en lui, peut contenir certains germes de fermentation qui sont la cause unique de certaines affections, Pasteur a éclairé d'un jour nouveau l'étiologie et la pathologie de toute une classe de maladies qui, infectieuses de par leur essence et contagieuses de par leur nature, sont une des causes les plus considérables de la mortalité. Et comme, par le fait même, il prouvait l'importance et l'action efficace de la prophylaxie, il a placé l'hygiène au premier rang de la science médicale moderne, puisque l'hygiène n'est que la prophylaxie en action.

En effet, l'hygiène avait été jusque là passablement empirique. Peu éclairée sur l'étiologie des maladies et sur la pathogénie des symptômes, elle pouvait difficilement fournir des indications précises sur les mesures à prendre pour éviter le danger. Du moment qu'on lui démontrait la cause spécifique de certaines maladies, c'était bien différent. Elle acquérait tout de suite une hardiesse d'autant plus grande qu'on la mettait précisément sur la voie à suivre. La bactériologie était un flambeau qui jetait des flots de lumière jusque dans les profondeurs de la nature et montrait, caché dans les éléments, le germe prêt à accomplir son œuvre. L'hygiène s'établissait tout de suite sur une base scientifique, dont le point fondamental est le microbe pathogène.

Chose étonnante à plus d'un titre, et qui mérite d'attirer l'attention, c'est que les premières études de Pasteur, celles qui ont le plus contribué peut-être à lancer la médecine moderne dans une voie nouvelle et féconde, sont aussi celles qui ont le plus bénéficié au progrès de l'hygiène actuelle, et lui ont donné toute son importance pratique. L'étude sur le charbon, a prouvé la virulence et l'inoculabilité du virus atténué, et cela a suffi pour placer les troupeaux du fermier français à l'abri d'un fléau redoutable. C'était là un point de départ qui devait permettre, plus tard, la vaccination de la rage, mais ne rendait pas moins service, en attendant, aux agriculteurs d'Europe.

Dans toutes ses précédentes études d'ailleurs, Pasteur semblait être guidé par le désir de protéger, de sauvegarder plutôt que de guérir. L'étude de la fièvre et de la pébrine, qui a établi les différents modes de contagion, n'avait été entreprise que pour sauver l'industrie de la soie d'un péril imminent, et quand le grand savant définissait la cause première des fermentations, il cherchait non pas à éclairer la nature intime des maladies infectieuses, mais à protéger les vins et la bière. Ce but pratique donné à tous ses travaux a fait de Pasteur l'un des grands bienfaiteurs de l'humanité, et si, indirectement, il a révolutionné la médecine et la chirurgie, il a d'abord et surtout fait de l'hygiène une science exacte, lui montrant le but humanitaire que lui-même poursuivait dans ses recherches et lui fournissant, par une inspiration géniale, les données scientifiques qui lui permettraient de l'atteindre.

Aussi l'hygiène, dans sa marche en avant, n'a fait que se servir des données du maître. Éclairée par l'étude des maladies contagieuses, elle a établi toute sa méthode d'action sur ces deux bases fondamentales : l'isolement et la désinfection ; l'isolement qui cherche à empêcher la propagation du germe, la désinfection qui le combat sur place et tâche d'annihiler son action. C'est depuis cette époque que l'hygiène a pris un si grand développement, car les résultats pratiques ont répondu à ses efforts.

Certes, les nouvelles théories ne détruisaient en rien les préceptes antérieurs. L'hygiène avait toujours vanté, depuis Hippocrate la bonne action de l'air pur, du soleil et des aliments sains. Mais quand Pasteur eut prouvé que la lumière du soleil et la dessiccation atténuaient ou détruisaient la virulence des germes pathogènes contenus dans l'air, dans les poussières, dans les liquides morbides qui imprègnent le sol, les murailles, les vêtements, ces recommandations anciennes changeaient de signification et prenaient une importance toute autre, car elles ne s'appuyaient plus simplement sur l'observation, mais sur des données précises que l'expérimentation démontrait. Ça été là le grand mérite de Pasteur, d'avoir fourni à l'hygiène non-seulement une base scientifique reconnue, mais encore des moyens de recherches surs et précis et des moyens d'action efficaces.

Aussi la prévention des maladies contagieuses a-t-elle pris ces dernières années un développement considérable. L'hygiène moderne s'est attachée à l'étude de la prophylaxie de ces maladies, et les résultats qu'elle a obtenus ont été tellement satisfaisants que la loi a cru devoir appuyer de son autorité l'exécution des moyens conseillés par elle. On compte aujourd'hui les villes qui n'ont pas d'hôpitaux d'isolement et d'étuves à désinfection, les pays qui veulent se passer de conseils d'hygiène et de quarantaines.

En réglementant le commerce des denrées alimentaires, de la viande, du lait, en formulant ses prescriptions scolaires et domestiques, l'hygiène n'a fait que suivre à la lettre les enseignements de Pasteur. Elle a reconnu que la contagion se faisait non-seulement par le contact direct et les plaies des téguments, mais aussi indirectement par les voies respiratoires et digestives, et elle a pris ses mesures en conséquence après des observations sérieuses et prolongées. L'hygiène scolaire, la stérilisation des boissons, l'inspection des viandes de boucherie, et l'abattage des animaux malades, voilà autant de chapitres, et non des moins importants, que l'hygiène moderne a remaniés. La révolution apportée par la bactériologie s'est fait sentir jusque dans les moindres détails ; tel est le filtrage qu'on pratique aujourd'hui sur une bien plus grande échelle, et avec beaucoup plus d'efficacité, au prix parfois de dépenses considérables, et cela par le fait seul que les résultats en sont contrôlés par la bactériologie.

L'hygiène, en devenant une science positive, a vu s'agrandir son champ d'action d'une manière étonnante, mais, il est bon de le noter, même dans ses applications les plus inattendues, elle a toujours montré ce sens pratique et humanitaire que son fondateur lui a révélé. Je citerai comme preuve, l'industrie des conserves alimentaires qui a pris, dans les temps modernes un développement considérable. Ce n'est, au fond, qu'une des nombreuses applications de la prophylaxie des germes et toute la technique de l'industrie nouvelle ne vise qu'à

une chose : conserver l'aliment dans un milieu stérile, le mettre à l'abri des altérations fermentatives. Mais, et c'est là où se montre le rôle social de l'hygiène moderne, cette industrie, fondée sur une vérité scientifique et pratiquée dans un but commercial, non-seulement a fait la fortune de ceux qui l'ont inaugurée, mais encore, a mis à la portée de tous une alimentation saine et à bon marché, a contribué à protéger les populations contre les désordres intestinaux, en mettant leur tube digestif à l'abri de la contagion, et cela dans de telles conditions que tous ont pu en bénéficier. C'est là l'un des meilleurs exemples que l'on puisse citer de l'immense influence sociale que peut acquérir une industrie basée sur une vérité scientifique très simple et bien démontrée, qui est dans ce cas-ci l'utilité de l'hygiène alimentaire dans la prophylaxie des maladies.

Appuyée sur la bactériologie, l'hygiène ne fait qu'entrer dans une voie qui, si nos prévisions sont justes, la conduira loin. Se servir de l'isolement et de la désinfection pour mettre l'humanité à l'abri des maladies contagieuses, c'est déjà beaucoup. Mais, comme l'a dit Vallin, "le jour où il a découvert que le bouillon dans lequel il cultivait le choléra des poules, devenait graduellement impropre à une nouvelle culture, Pasteur a expliqué l'immanité que donne une première atteinte de certaines maladies contagieuses, et réalisé cette espérance déjà ancienne qu'on pouvait créer de toutes pièces le vaccin des diverses maladies, comme Jenner avait découvert sur la vache le vaccin de la variole." Ce rôle humanitaire serait bien dans les attributions de l'hygiène, qui a pris à sa charge la protection de la santé publique, et qui a répandu partout où elle a pu la pratique de la vaccination. Ce qu'elle a fait pour la variole, ce qu'elle fait à l'heure actuelle pour la diphtérie, pourquoi ne le ferait-elle pas demain pour les autres virus. Je sais bien que sur cette question, la médecine a pris les devants et a trouvé la sérothérapie, mais l'hygiène aussi possède ses laboratoires et ses chercheurs, et le rôle qu'elle a joué jusqu'ici est trop pratique et trop humanitaire pour qu'elle ne cherche pas à l'agrandir, même au risque d'empiéter sur le terrain médical.

Les médecins d'ailleurs auraient mauvaise grâce à se plaindre, car le perfectionnement de l'hygiène moderne et les résultats pratiques qu'elle obtient leur fournissent des renseignements précieux et contribuent à assurer le succès de leur thérapeutique. Il suffit, pour s'en rendre compte, de parcourir l'histoire médicale de ces vingt dernières années. On y trouve la preuve évidente que l'hygiène, au cours de ses recherches et de ses applications, a fourni maintes et maintes fois des données nouvelles sur l'étiologie d'une maladie infectieuse, sur la pathogénie d'un symptôme toxique, sur le traitement prophylactique d'une affection, sans parler du régime alimentaire, de l'exercice méthodique, etc. Ces renseignements d'ailleurs ont été accueillis avec d'autant plus de satisfaction par les médecins que les idées se tournent de plus en plus de ce côté, par suite de l'importance attachée à la prophylaxie et au développement de la résistance.

De toutes les branches spéciales de la médecine du jour, la pédiatrie est certainement l'une de celles qui ait le plus profité des enseignements de l'hygiène. S'il est une époque où l'être humain subit les influences du milieu avec rapidité, c'est bien surtout dans la première enfance. Ses tissus sont à peine formés, sa

vitalité est des plus fragiles, et la moindre infraction aux règles de l'hygiène a pour lui les conséquences les plus désastreuses. Aussi l'alimentation de l'enfant est-elle la question primordiale de cette époque de la vie, et la médecine et l'hygiène se sont mises d'accord pour faire, de la stérilisation des aliments, la condition *sine qua non* d'une santé parfaite. Ce fait seul met en évidence le point de contact des deux sciences, que la doctrine de Pasteur amène sur le même terrain lorsqu'il s'agit d'application thérapeutique. Si l'une des deux devait avoir en cela un avantage, ce serait certainement l'hygiène, qui enseigne au spécialiste comment traiter la maladie en enrayant la cause, ou encore mieux, comment empêcher l'enfant d'être malade par un traitement préventif. N'a-t-elle pas réussi, par son intervention, à abolir d'une manière presque complète, dans les établissements où on l'a appliquée avec soin, la mortalité par gastro-entérite ? Ses effets bienfaisants ont eu encore une plus grande portée, car elle a prouvé que certaines maladies de la nutrition, comme le rachitisme, que l'on avait décorées du nom de constitutionnelles, étaient dues simplement à une alimentation défectueuse, et cette donnée nouvelle avait certainement son importance, car en expliquant la cause, elle fournissait le traitement. L'on ne pourrait pas, d'ailleurs, démontrer d'une manière plus évidente les services rendus par l'hygiène à la pédiatrie, qu'en disant que depuis son emploi routinier dans les crèches, la mortalité des enfants est tombée à douze par cent. Pour une seule maladie seulement, la diphtérie, nous avons vu la médecine atteindre au même résultat, mais là encore son rôle n'est qu'un correctif, et ce dont on doit la féliciter surtout, c'est que la sérothérapie puisse avoir une action immunisante et préventive.

Dans les hôpitaux, l'hygiène est en train de prendre la première place. Qu'est-ce qui a donné à la chirurgie moderne son audace dans l'intervention et sa confiance dans les résultats ? N'est-ce pas l'antiseptie ? Or, l'antiseptie n'est rien autre chose que la prévention appliquée aux affections chirurgicales. La septicémie, la pyohémie, l'érysipèle chirurgical, la gangrène étaient des maladies bien et dûment classées, que les chirurgiens d'autrefois subissaient avec une impuissance manifeste : l'antiseptie est en train de les faire disparaître, et l'hygiène, par ses recherches spéciales sur les antiseptiques et sur la stérilisation, y aura contribué pour une part des plus importantes. De quelle manière complète son intervention dans les hôpitaux n'a-t-elle pas changé l'aspect des salles et des malades. Les convalescents ont les traits animés et le regard vif, car leur nutrition cellulaire, soutenue par une hygiène alimentaire appropriée, reçoit la force nécessaire pour cicatriser les lésions et compléter l'œuvre du chirurgien, pendant que la partie atteinte, protégée contre les attaques de l'extérieur par un pansement aseptique, sent peu à peu renaître dans ses tissus l'équilibre physiologique et fonctionnel. Leur lit n'est plus un grabat de misère, mais la couche reconfortante où ils sont venus puiser une énergie nouvelle et réparer leurs pertes, sans être obligés de payer ce bienfait par des complications longues et répétées. Voilà pourquoi les malheureux de nos jours ont perdu cette horreur de l'hôpital qui leur faisait traîner sur la rue leurs misères physiologiques, car ils savent que la salle bien éclairée, bien ventilée, bien chauffée,

bien propre, est un lieu sûr, où l'on ne reste que le temps voulu, où l'on ne court aucun danger, car l'on y est à l'abri de la contagion, et où l'on reçoit des soins efficaces et réconfortants. Et cette science nouvelle des soins donnés aux malades, le *nursing*, n'est-ce pas là encore l'hygiène qui vient au secours de la médecine et qui, par son air bon enfant et son action résolue, donne aux malades le courage de subir de la part du médecin ou du chirurgien les interventions les plus douloureuses. Ce sera l'une des gloires de l'hygiène prophylactique d'avoir banni de nos hôpitaux et de nos maternités l'infection purulente et d'avoir rendu le séjour dans ces institutions agréable pour le malade et satisfaisant pour le médecin.

Là d'ailleurs ne s'est pas borné le rôle de l'hygiène. Elle a apporté, elle aussi, sa part dans l'étude des malades. Toujours placée au premier rang, lorsqu'il s'agissait d'épidémies elle a pu faire des observations qui auraient échappé à beaucoup d'autres, et qui, étendues davantage par des gens plus compétents ont donné des résultats inattendus et souvent pratiques. Quand l'hygiène a prouvé, par exemple, à l'aide de ses statistiques, que la mortalité dans la pneumonie avait de beaucoup augmenté, elle a simplement énoncé un fait constaté dans l'exercice de ses fonctions. Mais les praticiens se sont dits que ce fait là devait avoir une cause, et ils ont fini par conclure que la résistance individuelle était grandement diminuée, grâce à l'agglomération de la population, au surmenage, à la dégénérescence héréditaire, et qui sait si ce n'est pas l'une des considérations qui ont amené les thérapeutes à négliger, dans la pneumonie, la thérapeutique active pour s'en tenir au traitement défensif et supporter avant tout le malade. Ne devons-nous pas à des hygiénistes la constatation de ce fait que l'hépatite purulente, si commune dans les pays chauds, est due à la fréquence de la dysenterie et à l'affaiblissement de la nutrition causée par le climat? Personne n'a étudié, mieux que les hygiénistes, l'origine hydrique du choléra et de la fièvre typhoïde, ainsi que la transmission de la malaria par l'eau de boisson. C'est certainement grâce à eux si l'on a pu pratiquer d'une manière si efficace le filtrage des eaux de consommation. N'a-t-on pas réussi, grâce à l'hygiène, à faire disparaître le scorbut, qui décimait l'équipage de certains navires parce que les hommes étaient privés de nourriture végétale et nourris de salaison? Dans le même genre d'idées, l'étude des falsifications alimentaires et des intoxications industrielles est un chapitre nouveau placé dans le cadre nosologique par l'hygiène contemporaine. Enfin, de toutes les maladies contagieuses, la tuberculose est peut être celle qui a le plus profité des recherches hygiéniques, et le traitement de certaines formes de l'affection par la suralimentation et le grand air, les précautions préventives nombreuses auxquelles elles donnent lieu tous les jours, sont une des meilleures preuves à apporter du concours efficace et pratique donné par l'hygiène à la médecine actuelle.

L'intervention de l'hygiène d'ailleurs s'étend de plus en plus. Non-seulement elle s'occupe de l'assainissement des demeures, de la pureté de l'alimentation, de la salubrité de l'air, de la prévention des maladies contagieuses, mais encore pour rendre son action plus prompte et plus certaine, elle met son laboratoire à la disposition du praticien, le renseigne sur la nature de la maladie qu'il traite

et même lui fournit les moyens de prévention nécessaires. Il est donc permis de dire en face des progrès énormes accomplis, que la bactériologie a non seulement fait de l'hygiène une science positive, mais encore qu'elle lui a permis de travailler de concert avec la médecine, et souvent de fournir à cette dernière des données précises.

Le grand point qui fait la force de l'importance de l'hygiène, c'est qu'elle n'a qu'une seule préoccupation, la préservation de la santé individuelle et publique. Aussi s'achemine-t-elle sûrement vers la première place dans l'organisation sociale. Et l'humanité n'aura pas à s'en repentir, car cela lui permettra de protéger ses forces vives. C'est ce qu'ont compris les peuples modernes, qui apportent à l'organisation de l'hygiène publique un soin considérable, assainissent leurs territoires, protègent leurs frontières, établissent des relations sanitaires avec les pays voisins, et confient cette organisation à des autorités reconnues. De leur côté, les corps enseignants et les universités saisissent davantage la nécessité de développer l'enseignement de la science nouvelle et donnent à la chaire d'hygiène l'importance qui lui est due. Tout cela indique un achèvement rapide dans la bonne voie. Il ne reste plus qu'une chose à faire, apprendre à tous, grands et petits, l'a b c de la vie. Le jour où l'on aura accompli la diffusion des préceptes de l'hygiène moderne, et répandu dans toutes les classes la connaissance des conditions de propagation des maladies transmissibles, on pourra espérer que les populations, mieux éclairées, seconderont, au lieu d'entraver, comme cela se voit encore trop fréquemment, les efforts entrepris par les pouvoirs publics, pour préserver la santé générale. C'est alors aussi que l'exécution des lois sanitaires donnera des résultats qui feront l'orgueil des nations civilisées.

Montréal, octobre 1896.

SEPTICÉMIE AIGÛE.—M. POTHERAT (de Paris).—Malgré les progrès de l'antiseptie, les septicémies se voient encore quelquefois. Néanmoins elles peuvent être traitées d'une manière utile. L'auteur cite à ce propos deux observations ; la première, relative à un malade qui, à la suite d'une fracture de jambe fut pris d'érysipèle bronzé.

L'amputation fut pratiquée immédiatement. La guérison survint malgré une prolongation de la suppuration.

La seconde a trait à un homme de 60 ans, qui reçut dans le mollet une charge de plomb. Au bout de quelques jours, la septicémie se déclara. L'amputation fut refusée et on eut recours à un large nettoyage de la plaie avec incisions multiples.

De ces faits l'auteur conclut que la gangrène est consécutive à des plaies anfractueuses dans lesquelles des débris de vêtements et de corps étrangers sont enfermés. Le traitement de choix est la large ouverture et le nettoyage de la plaie. L'amputation ne doit être pratiquée que dans des cas très rares.

(Indép. Méd.)

CONTRÔLE DES HÉMORRHAGIES DES VOIES RESPIRATOIRES SUPÉRIEURES

Par H. M. DUHAMÉL, M. D. (1)

Dans toute opération chirurgicale, faite à l'aide d'un anesthésique, dans les régions du nez et du pharynx, il nous faut songer aux inconvénients produits par l'hémorrhagie sur la respiration.

On doit alors penser aux meilleurs remèdes à employer et à la meilleure position à faire prendre à l'opéré.

Le succès de l'intervention dépend de l'usage bien fait de ces deux choses. On peut avoir recours à la position horizontale mais elle ne donne pas autant de champ opératoire que la position assise ; néanmoins la première doit être préférée parce que les voies respiratoires seront plus libres.

Elle semble très recommandable si le chirurgien doit intervenir dans une maladie grave du nez, par exemple pour l'enlèvement d'une exostose ou pour un sarcome.

Faire usage du tamponnement postérieur bien fait, c'est-à-dire nettoyer les parois du nez au préalable puis introduire un gros tampon antiseptique, voilà ce qui peut amener l'occlusion des fosses nasales postérieures et enlever toute crainte de sortie du sang par cette voie.

Voici comment on procède, avec le plus simple des instruments.

Introduisez dans le nez, par le côté non affecté, une sonde molle ; faites-la descendre par le pharynx et parvenir jusqu'à la bouche : avec une pince vous la saisissez et la tirez un peu en dehors de la bouche. Attachez à son extrémité un gros fil double, long et très fort. Au milieu de ce fil vous lierez un gros tampon d'ouate entouré de gaze antiseptique. Retirez après cette manœuvre, la sonde, de manière à faire pénétrer un bout du fil hors du nez et l'autre bout hors de la bouche. Ces deux extrémités de fil doivent être assez longs pour permettre une bonne prise.

En tirant sur le fil supérieur, on attire le tampon dans la bouche et le pharynx ; on est sûr alors de fermer complètement la partie postérieure du nez.

Ce tampon doit être enlevé après que l'opération est finie, l'hémostase est sûrement faite sans toutefois oublier de faire un bon lavage, par les narines qui sont censées être libres.

Le pharynx a été exsangue, la respiration n'a pas été gênée et l'infection par un semblable procédé est peu probable.

On recommande beaucoup d'enlever ce tampon avant que le malade ne soit éveillé.

1) Communication faite à la Société des Internes de l'Hôpital Notre-Dame, 21 oct. 1896.

Un autre point à considérer, est la nécessité de recourir à la position la plus convenable pour l'opéré.

On parle beaucoup de la position de Rose, modification de l'horizontale, qui consiste à abaisser la tête complètement en dehors de la table. On lui reconnaît l'avantage d'éviter le tamponnement du nez et de laisser couler le sang par le nez ou par la bouche, suivant que l'opération a lieu dans le nez ou le pharynx.

L'aide peut étancher facilement. Plusieurs opérateurs se servent de ce moyen pour enlever les tumeurs pharyngées y compris les adénoïdes. Pour le peu d'hémorrhagie causée par l'enlèvement des végétations adénoïdes, il est plus prudent de se servir de la position assise, un aide tenant la tête entre ses mains. D'autant plus que la tête penchée produirait une tendance à la congestion. C'est là la seule objection à cette position de Rose et je la crois suffisante pour la rejeter.

Il est désirable de se servir de la position de Rose pour l'opération du palais mou, et du sinus frontal. Une autre position, dite de Trendelenbourg est très utile dans la trachéotomie. Je ne l'ai pas vu pratiquer autrement. Dans celle-ci, le bout de la table supportant les pieds est soulevé, la tête est par conséquent plus basse que le reste du corps : le malade est comme suspendu par les genoux ; le danger d'asphyxie par l'introduction du sang dans le larynx est absolument évité. La position assise est celle que nous employons le plus, et je suis tenté de la croire la meilleure pour les interventions dans le pharynx et le nez.

Si la tête est penchée en avant et en bas, le sang s'écoulera par le nez, s'il est libre un tant soit peu et que la région opérée soit le nez : ou par le nez et la bouche, si le pharynx est en jeu.

La gorge sera libre et protégée de l'asphyxie par une déglutition presque continue, si le malade n'est pas trop sous l'influence d'un anesthésique. Il ne faut pas oublier que le sang peut pénétrer dans l'estomac ; le sang se digère difficilement, au point que chez les opérés de végétations adénoïdes, on devrait recommander un laxatif quelques jours après l'intervention. L'expérience démontre que le goût continu de sang disparaît pour ne plus revenir.

Malgré l'avantage au point de vue de l'éclairage, on est souvent obligé de recourir aux autres positions, dans les cas de syncopes par exemple.

La dernière position sur une chaise est certainement la meilleure pour les spécialistes et la plus universellement répandue pour opérer chez les enfants et les adultes dans les maladies du nez et de la gorge et des oreilles.

Dans toute hémorrhagie, il faut bien se rappeler que la meilleure chose à faire est la compression et cela bien entendu, dans le domaine du possible.

Il me semble impossible de comprendre une hémorrhagie grave du nez, à moins qu'il n'y ait une déviation considérable qui empêche l'occlusion antérieure ; et même dans ces cas on peut avoir recours au tamponnement postérieur avec gaze antiseptique et aux styptiques.

Les astringents, après s'être servi du tamponnement, sont peut-être utiles mais pas infailibles : il y a danger de se servir de substances corrosives. On produit presque toujours une plaie très difficile à guérir.

Il y a dans le commerce, du coton imbibé de perchlorure de fer ; cette préparation est très utile.

Il semble préférable de s'en servir par petits tampons, gros comme une fève et entourés de gaze. On peut par ce moyen produire plus de compression.

Les lavages avec une solution d'alun ou avec de l'alun en poudre agissent bien. Je trouve que ce dernier agent me réussit le mieux. Il a l'avantage de ne pas être corrosif et de produire rapidement la rétraction des petits vaisseaux.

On recommande aussi les solutions de nitrate d'argent et le peroxide d'hydrogène.

Quant à l'hémorrhagie la nature du tissu nous renseignera avec avantage. Dans les masses adénoïdes les vaisseaux sont nombreux mais petits et sans importance : le tissu est mou et la rétraction se fait rapidement. L'amygdale agit de même. La perte du sang est peu considérable. Les curettes produisent moins de perte de sang que les pinces.

Dans le fibrôme et le fibro-sarcome, le sang se présente plutôt en nappe et dans ces cas un pansement occlusif du pharynx agit bien mais nuit beaucoup au malade.

Le releveur du voile du palais de Moritz Schmidt en place, il est facile de faire des applications sur la partie enlevée.

Il est même conseillé de ne pas enlever l'appareil avant la cessation complète de l'écoulement sanguin.

Mais la plupart de ces tumeurs dures, enlevées aujourd'hui à l'aide de l'anse galvanique, ne saignent plus et bien souvent, ne saignent pas du tout.

N'oublions pas que plus vous aurez ce qu'il faut pour contrôler l'hémorrhagie rapidement et sûrement plus vous aurez confiance, et mieux l'opération sera faite.

Vous verrez mieux ce qui a été fait et ce qui vous reste à faire.

N'oublions pas aussi que la compression digitale dans les hémorrhagies de l'amygdale est encore la meilleure méthode à employer.

Elle est très difficile à maintenir pour les opérateurs et très ennuyeuse pour le malade ; c'est elle cependant qui produit les meilleurs résultats.

Pour les opérés de végétations adénoïdes et produisant de l'hémorrhagie secondaire je n'y vois qu'une seule cause, assez commune ; c'est la section incomplète de la masse folliculaire.

Le remède en est tout indiqué, compléter l'intervention.

Alors quel que soit l'endroit de sortie du sang, il faut se garder d'agir en aveugle avec des corrosifs encore moins avec le fer.

Le tamponnement postérieur préventif et surtout antiseptique, la compression digitale ou instrumentée semblent résumer en quelque sorte tout ce que la technique opératoire nous enseigne pour contrôler les hémorrhagies des voies respiratoires supérieures.

DES PRINCIPALES CAUSES D'INSUCCES DANS L'OPERATION QUI A POUR BUT LA SUTURE DU COL UTERIN.

Par A. L. SMITH, B.A., M.D., M.R.C.S., Angleterre.

L'expérience que j'ai acquise en pratiquant au-delà de 300 opérations sur le col de la matrice, et en assistant ou prenant part à une centaine d'autres faites par divers opérateurs, m'autorise à signaler pourquoi bon nombre de ces cas non-seulement ne réussissent pas du tout mais pourquoi les patientes se déclarent même plus mal qu'elles ne l'étaient tout d'abord, ce qui ne manque pas de réjouir ceux qui sont opposés à l'opération. Je m'appliquerai à démontrer quelles sont en de tels cas les causes d'insuccès, ce que je ferai aussi clairement que possible, et d'autant plus franchement que j'aurai à parler de mes propres échecs dans mes premières années d'expérience.

L'opération qui consiste à suturer un col utérin lacéré semble être de prime abord la chose la plus simple du monde mais pour bien réussir dans un cas grave je la considère comme l'une des plus difficiles de la petite gynécologie. J'ai vu un jour Emmet, l'inventeur de l'opération qui porte son nom, aidé d'habiles assistants, passer une heure entière à faire une opération qu'un médecin sans expérience aurait considérée comme des plus aisées, peut-être même aurait-il pensé que ça n'était pas la peine d'intervenir en pareil cas.

C'était une de ces déchirures bilatérales guéries par granulation et remplie de tissu cicatriciel induré. L'épithélium cilié du canal intracervical avait disparu sous l'action prolongée du nitrate d'argent et l'on ne trouvait plus que du tissu cicatriciel recouvert d'épithélium navamenteux.

Un opérateur sans expérience aurait simplement déclaré qu'il n'existait pas de déchirure ou tout au plus aurait avivé et suturé ensemble les muqueuses par dessus cet amas de tissu cicatriciel. Au contraire Emmet armé du tenaculum et des ciseaux et guidé par un tact expérimenté travailla courageusement pendant plus d'une demi-heure creusant et enlevant morceaux par morceaux le tissu durci jusqu'à ce qu'il eut rendu à la déchirure sa forme primitive ; il sutura alors soigneusement les longues lèvres de la plaie qui se dessinaient jusqu'à l'ouverture intérieure de la matrice. Cette opération ainsi faite guérit par première intention et donna les meilleurs résultats. Les filaments nerveux du grand sympathique irrités depuis des années furent enfin mis au repos. La suture du col bien faite chez une femme dont les organes génitaux ne sont pas affectés d'autres maladies donne les plus satisfaisants et les plus étonnants résultats. J'avoue que j'ai cru autrefois que l'on vantait outre mesure la valeur de cette opération et qu'il valait mieux dans un cas peu grave ne pas opérer ; mais comme la plupart de mes opérées revenaient au bout de deux ou trois mois tout rétablies et à peine reconnaissables tant leur santé s'était améliorée, je deviens de plus en plus enchanté de ses bons résultats. Plusieurs

de ces patientes s'étaient fait traiter pendant des années pour la dyspepsie, le mal de tête, les palpitations du cœur, la ménorrhagie, les fausses couches, la leucorrhée et pour les douleurs qu'elles éprouvaient en marchant, quelques-unes étaient amaigries et on les regardait déjà comme les futures victimes de la consommation et cependant sans autre traitement qu'une simple suture du col leur santé se rétablit complètement.

Au fur et à mesure que j'écris ces lignes il me vient à la mémoire quelques uns de ces cas ainsi traités et je comprends qu'il serait intéressant de rapporter au moins ceux qui à raison de leur gravité et du cortège de souffrances qu'ils occasionnaient, mériteraient surtout une mention spéciale, mais je ne dois pas m'écarter de mon sujet ayant voué ce travail aux principales causes d'insuccès dans l'opération qui a pour but la suture du col utérin.

La première cause d'insuccès comme je l'ai déjà fait remarquer repose sur le fait que les opérateurs n'enlèvent pas toujours complètement le tissu cicatriciel qui, quelle qu'en soit l'étendue et la profondeur, doit être enlevé parfaitement et l'on ne doit rien recouvrir autre chose que du tissu tout à fait mou. Si l'on tolère quelque portion de tissu induré ou quelques petits kystes, le résultat sera désastreux pour la santé de la femme, pour l'opérateur en particulier et jusqu'à un certain point pour tous les gynécologistes.

Plusieurs femmes me répondent lorsque je leur conseille de subir quelque opération, qu'elles sont tout-à-fait opposées à ce genre de traitement parce que, disent-elles, nous connaissons plusieurs personnes qui après avoir subi une première opération ont dû se soumettre à plusieurs autres; d'autres répondent: Une fois que l'on commence à se faire opérer, il n'y a plus de fin. Ainsi donc le fait de ne pas enlever soigneusement tout le tissu cicatriciel d'un col utérin lacéré, peut en certains cas occasionner la mort d'une femme qui s'obstinerait à ne pas vouloir subir d'opération, pour un cas par exemple d'accumulation de pus dans les trompes ou les ovaires.

J'eus sous mes soins à l'hôpital Western une femme qui se plaignait beaucoup de symptômes réflexes; elle me dit qu'il y avait déjà plusieurs années, un gynécologiste américain l'avait opérée aux Etats-Unis. Cependant lorsqu'elle exposa devant l'auditoire la série de symptômes qu'elle présentait un étudiant fit aussitôt remarquer que la patiente devait souffrir d'une déchirure du col utérin, mais elle déclara à ce propos qu'elle avait déjà subi une opération, et en effet le col de la matrice présentait un cône parfait avec un tout petit canal cervical. Mais si l'on examinait attentivement, il était facile de découvrir une petite tumeur de la grosseur d'une fève ensevelie sous la peau et faisant l'effet d'un corps étranger. On opéra de nouveau et il fallut enlever des amas de tissus cicatriciel accumulés dans les angles et entre autre cette petite tumeur dont je viens de parler et qui était remplie d'un liquide épais et filant, le résultat fut des plus satisfaisants et les symptômes réflexes disparurent bientôt. Une autre patiente que j'ai traitée à l'Hôpital Samaritain avait été sous les soins de plusieurs médecins, lorsque le Dr Macnamara soupçonnant le col comme origine première de ces symptômes réflexes l'examina et découvrit une large déchirure du col utérin pour laquelle cette femme s'était soumise à l'opération depuis à peine un

an, le tissu cicatriciel n'avait pas été enlevé, aussi le résultat le plus désastreux s'ensuivit.

Pendant qu'elle attendait à l'hôpital le jour où devait avoir lieu son opération, elle eut de 3 à 4 attaques de convulsions hystéro-épileptiques par jour. On pratiqua l'opération de Shrøder et il fallut enlever le tissu induré à une profondeur d'au moins un pouce et demi comprenant dans les incisions les parties qui avaient préalablement été enlevées, le résultat fut très satisfaisant, cette malade qui au dire de son médecin ne passait pas une journée sans avoir quelque attaque de convulsions n'en présenta les symptômes qu'une ou deux fois durant les quatre semaines qu'elle passa à l'hôpital après son opération. Pour de tels cas l'opération d'Emmet ne vaut rien pour la simple raison que la muqueuse intracervicale elle-même est sérieusement affectée.

Certainement l'opération de Shrøder est très difficile pour un commençant qui n'a pas beaucoup d'expérience dans ces opérations plastiques car elle demande beaucoup de rapidité à cause de l'hémorragie qui se produit sans relâche tout le temps de l'opération, mais c'est une magnifique opération, qui une fois bien faite ne laisse pas la moindre parcelle de tissu cicatriciel ou induré dans le canal cervical et qui procure à la femme le grand avantage d'une délivrance aisée à son prochain enfant, en effet la première période de l'accouchement qui est celle de dilatation se trouve en grande partie supprimée par le fait que les fibres circulaires qui s'opposent à la dilatation ont été enlevées.

Quelques médecins sont d'opinion que le col utérin se déchire toujours s'il survient un nouvel accouchement chez une femme qui a subi l'opération d'Emmet. Ceci n'est pas conforme à l'expérience, bien que ce soit une objection sérieuse ; cependant si dans ces cas l'accoucheur à le soin de ne pas crever trop tôt la poche des eaux, de laisser faire le travail de la dilatation bien naturellement et même de modérer l'activité des contractions utérines au moyen de quelques doses d'opium, il est probable que le col ne subira pas une nouvelle déchirure.

Un autre cause d'insuccès est le manque de préparation de la malade si c'est un cas de vieille déchirure remplie de tissus sclérosés, il faut tenir la malade au lit pendant une ou deux semaines et lui donner 3 douches par jour d'environ deux gallons d'eau à une température de 116° F.

En même temps on emploiera avec avantage le scarificateur de Buttler, avec lequel on videra les kystes et les vaisseaux sanguins engorgés, il est étonnant de voir les résultats que l'on peut obtenir par ce moyen sur un col très hypertrophié, on le voit souvent au bout de quelques jours reprendre ses dimensions normales.

Si l'on néglige ces précautions et si l'on accole l'un à l'autre les lambeaux congestionnés et hypertrophiés il est bien probable que l'anion n'aura pas lieu. Voici encore un fait qui nuit très souvent au succès de l'opération, c'est l'enlèvement de la membrane muqueuse cervicale sur une trop grande étendue, l'opérateur songe d'abord à en laisser suffisamment mais pendant l'excitation que lui cause l'opération, il dépasse les limites qu'il s'était fixées, d'abord sur un côté, puis sur un autre et le canal cervical se trouve ainsi réduit après suture à

6 ou 8 centimètres de circonférence et à 2 ou 3 de diamètre, la dysménorrhée s'ensuit généralement et la patiente doit subir une nouvelle opération qui consiste à dilater le col utérin.

Cependant, la négligence ou plutôt l'inhabileté de l'opérateur à reconnaître chez sa patiente une retroversion avec adhérences ou bien encore une maladie quelconque des annexes utérines est bien la cause principale pour laquelle tant de malades ne retirent aucun bénéfice de leur opération ; ce n'est pas toujours la faute du médecin, car souvent après avoir expliqué à une femme qu'elle souffre à la fois d'une déchirure du col utérin et d'une maladie grave des annexes, qu'une opération absolument sans danger peut guérir la matrice mais que l'opération qui consiste à enlever les trompes et les ovaires, surtout lorsqu'il existe beaucoup d'adhérences, n'est pas sans présenter quelque danger, elle s'y oppose en général et nous demande de faire d'abord ce qui peut être fait sans danger espérant par là qu'elle sera suffisamment rétablie.

Mais j'en suis venu à la conclusion qu'on ne doit jamais suturer un col utérin chez une femme dont les trompes et les ovaires sont à l'état d'inflammation chronique si l'on n'enlève pas ces derniers sur le champ. Si l'on ne doit faire qu'une opération à la fois, je pense que la laparotomie doit être faite d'abord, car la fermeture plus ou moins complète du col nuit au drainage et de plus les tractions sur la matrice lorsque les trompes et les ovaires sont adhérents sont souvent suivis de fâcheux résultats. Je crains beaucoup ces diverses causes d'insuccès parceque, si une femme consent à subir une opération et si elle est désappointée quant aux résultats qu'elle en attend, elle ira disant à tous, le mal qu'on lui a fait endurer inutilement, faisant ainsi, à tort ou à raison, un dommage considérable aux gynécologistes en général et surtout au médecin qui l'aura traitée ; c'est pourquoi j'ai pris, comme règle générale de faire en une séance toutes les opérations que requiert l'état de la malade, telles que dilatation, curetage, amputation du col, périnéorraphie, ovariectomie, hystéropexie. Ainsi un médecin qui entreprend de faire un suture du col utérin, doit être bien au courant des maladies des organes génitaux, afin de n'en laisser subsister aucune qui pourrait gâter le résultat de son opération, ce doit être un médecin qui est à même d'examiner chaque jour nombre de femmes afin de pouvoir établir une différence bien marquée entre les organes sains et ceux qui ne le sont pas ou qui sont à un degré plus ou moins avancé de maladie, enfin ce doit être un gynécologiste compétent et prêt à entreprendre au besoin n'importe quelle opération du domaine de la gynécologie.

Traitement des fractures de la clavicule.—M. FÉVRIER (de Nancy).—Dans les cas simples, sans déplacement, les fractures de la clavicule guérissent sans appareil compliqué. Dans les cas complexes, où les organes voisins, en particulier le plexus brachial, sont lésés, dans les fractures avec grand déplacement, la suture osseuse est le traitement de choix.

L'auteur cite trois cas de fracture dans lesquels le fragment externe de la clavicule comprimait les nerfs du plexus. La suture, pratiquée tardivement ou immédiatement, amena la cessation des troubles nerveux. —(Ind. Méd.)

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

TRAITEMENT DES PNEUMONIES, ET BRONCHIO-PNEUMONIES PAR LES INHALATIONS PHÉNO-CRÉOSOTÉES.—M. le médecin-major VÉRET, dont on déplore la mort récente, a publié dans les *Archives de médecine militaire* un mémoire intéressant sur les résultats obtenus au moyen de cette médication et qui donne 19 cas de guérison sur 19 cas de pneumonies et de broncho-pneumonies, presque toutes particulièrement graves, et ayant évolué chez des sujets, soit alcooliques, soit paludéens, ou débilités, cachectiques ou tuberculeux. Voici comment l'auteur décrit la technique employée :

“ La solution que nous avons employée pour ces inhalations n'a pas toujours été exactement la même ; nos formules, modifiées d'après les inconvénients ou avantages que l'expérience nous signalait, peuvent être ramenées à trois :

FORMULE A.

(A verser dans le récipient en verre du pulvérisateur.)

Eau.....	50 grammes
Acide phénique et alcool.....	ââ. 1 gramme
Créosote	0, 50 centigrammes
Alcool quantité suffisante pour tenir la créosote dissoute.	

Cette solution a servi à la première catégorie de malades traités à l'hôpital mixte de Gap. La créosote et l'acide phénique s'y trouvent, la première, dans la proportion d'environ 1/110, en tenant compte de l'alcool ajouté, le deuxième dans la proportion de 1/55. L'acide phénique paraissant ne pas toujours être bien supporté par tous les sujets à cette dose, nous avons modifié notre prescription.

FORMULE B.

(A verser dans le récipient en verre du pulvérisateur.)

Créosote.....	30 grammes
Glycérine.....	100 —
Alcool et acide phénique	ââ 10 —
Alcool rectifié à 95°.....	260 —
Eau filtrée, quantité suffisante pour faire un litre de solution.	

La créosote y entrait dans la proportion de 3 pour 100 et l'acide phénique de 1 pour 100. Cette solution était supportée par les malades, mais avait un inconvénient : la quantité d'eau ajoutée pour former un litre était relativement trop considérable et avait pour effet de précipiter quelques globules de créosote et d'acide phénique, ce qui obligeait à remuer fortement le litre avant l'opération. Pour y remédier, nous avons résolu de n'ajouter l'eau dans le récipient qu'au moment de se servir de l'appareil, et nous avons modifié la formule de façon que la quantité d'eau à ajouter soit égale à la quantité de solution employée ; celle-ci se trouve simplement dédoublée :

FORMULE C.

(Dédoubler avec de l'eau filtrée au moment de pulvériser.)

Créosote.....	15	grammes	} 2.6 pour 100
Acide phénique et alcool.....	5	—	
Glycérine.....	50	—	} 0.8 pour 100
Alcool à 95°.....	200	—	

Nous nous en sommes tenu à cette dernière formule. Au reste, celle-ci pourra varier au gré du médecin, d'après le pulvérisateur employé, la susceptibilité du malade et peut-être aussi la nature des produits chimiques.

Le point capital, c'est de n'employer que des médicaments d'une extrême pureté; il y a lieu de se méfier de certaines créosotes du commerce. L'acide phénique et la glycérine doivent être chimiquement purs. Veiller à ce que l'alcool soit de bonne qualité, rectifié à 95° degrés, et sans odeur désagréable.

L'appareil dont nous nous sommes servi généralement est le pulvérisateur L. Championnière, modèle des hôpitaux. Nous ne lui trouvons qu'un seul défaut, c'est qu'il consomme une grande quantité de solution, ce qui a son importance, en raison du prix élevé de la créosote. Mais d'un autre côté, s'il y a déperdition de liquide vaporisé, on y trouve l'avantage de maintenir autour du malade, quelque temps encore après la pulvérisation, une atmosphère antiseptique qui n'est pas à dédaigner.

Cependant, il peut être très suffisant de pratiquer les inhalations avec des modèles d'appareils plus petits, en ayant soin de les choisir avec une chaudière en cuivre nickelé, les chaudières en fer ou en fonte se perforant très vite. Ces modèles moyens ou petits sont munis d'un tube en verre qui rétrécit le cône de pulvérisation et recueille l'excédent de liquide condensé pour le laisser retomber dans le récipient. Ils n'ont pas l'avantage du grand pulvérisateur, avec lequel on obtient une finesse extrême de la pulvérisation, qui risque moins de mouiller le malade.

La façon de donner des inhalations a son importance. Le malade doit être placé un peu sur le bord du lit, légèrement sur le côté droit ou gauche, la tête également inclinée de côté de façon à recevoir sur le nez et la bouche le jet de vapeur. Mais il faut, avant tout, qu'il soit à son aise, car il devra pouvoir respirer sans que la position soit pour lui une nouvelle gêne s'ajoutant à la dyspnée pathologique.

Pour le préserver de l'humidité du liquide condensé, il est facile de placer une toile cirée; on peut également mettre les yeux à l'abri du liquide antiseptique, soit avec un bandeau, soit avec un morceau de makintosh placé sur la face et troué d'un espace triangulaire assez grand pour laisser la bouche et les narines libres.

Au début, certains malades timorés font quelques difficultés. L'infirmier pourra leur montrer l'exemple en inhalant lui-même la vapeur. L'appareil devra, surtout pour les premières inhalations, être d'abord assez éloigné pour que la malade reçoive un jet de vapeur peu puissant; il sera progressivement rapproché.

Il faudra également au début recommander au malade de respirer par le nez avant d'ouvrir largement la bouche pour inhaler. De cette façon, on prévient bien souvent des quintes de toux, des efforts de vomissements, etc. Enfin, l'idéal serait d'obtenir du malade des inspirations lentes, profondes, et par le fait complètes; comme l'affection s'y oppose fatalement, on recommandera de respirer sans faire d'efforts, avec calme et le plus lentement possible. Au bout d'un jour ou deux, les malades y arriveront facilement surtout si la dyspnée diminue, et comme ils remarquent eux-mêmes que cette médication leur procure un certain bien-être, ils réclament volontiers leur inhalation.

Plus tôt les inhalations seront commencées, plus rapidement les pneumonies et broncho-pneumonies évolueront favorablement.

Le nombre des inhalations sera de six au moins dans les 24 heures. Nous estimons que ce chiffre de 6 pourrait, sans danger, être dépassé.

La durée moyenne d'une inhalation sera de 10 minutes en moyenne; on calculera quelle est la quantité de solution à placer dans le récipient d'après le modèle de l'appareil employé. Cette durée de 10 minutes pourra, selon les circonstances, être augmentée ou diminuée au gré du médecin.

Nous n'insisterons pas sur les inconvénients immédiats de l'opération; à part quelques quintes de toux au début et quelquefois un effort de vomissement, nous n'avons pas dans les 19 cas observés, découvert que ces inhalations fussent nuisibles à nos sujets, qui ne nous ont pas semblé, du reste, présenter le moindre symptôme d'intoxication. Il est bon toutefois de surveiller les urines.

En même temps est instituée la médication symptomatique ordinaire.

L'effet des inhalations ne tarde pas à se manifester le 2^e, 3^e, 4^e jour au plus du traitement. Les quintes de toux, d'abord, sont diminuées, peut-être parce que les vapeurs phéno créosotées, la période d'irritation et d'intolérance passée, ont pour effet de modifier et d'atténuer la sensibilité des muqueuses.

L'oppression et la dyspnée diminuent et soulagent le malade; l'expectoration qui tardait à se produire est facilitée; celle qui existait devient moins visqueuse et change rapidement de coloration pour devenir très vite franchement muqueuse. Les crachats qui ont une teinte de mauvaise nature sont heureusement modifiés. La défervescence a lieu assez souvent brusquement, quelquefois par lysis; exceptionnellement la température s'abaisse en 3 ou 4 jours régulièrement matin et soir, sans oscillations.

Parallèlement les signes physiques s'améliorent, et, somme toute, les inhalations nous paraissent hâter la résolution des pneumonies qui, prises au début, peuvent guérir en 4 ou 5 jours.

Les inhalations ont paru également diminuer la durée des broncho-pneumonies qui généralement est très longue; elles ont fait disparaître rapidement la dyspnée, facilité et modifié l'expectoration, très vraisemblablement en empêchant l'extension de la maladie à de nouveaux lobules.

(*Journ. de méd. et chir. prat*)

L'INFUSION DE DIGITALE EN INJECTIONS SOUS-CUTANÉES.—

D'après SCHILLING (*Arch. Méd. Belges*).—Depuis longtemps employée par la voie gastrique sous forme d'infusion de feuilles, de poudre de feuilles, de teinture, d'extrait aqueux, la digitale est quelquefois mal tolérée par les malades, qui présentent des congestions viscérales passives. D'autre part, ces préparations, et en particulier l'extrait de digitale, paraissent souvent mieux agir que le principe actif isolé (digitaline). On a donc eu la pensée de se servir de la voie sous-cutanée pour utiliser cette action plus complète, fournie par la totalité des principes de la feuille de digitale. Ces essais ont été couronnés de succès entre les mains de Zienetz, Stolnikoff, Passerini. Dans les affections mitrales avec œdème, la pneumonie avec collapsus, la fièvre typhoïde à forme adynamique, l'endocardite d'origine streptococcique, les injections sous-cutanées de digitale ont donné des résultats remarquables. L'action sur les reins est surtout rapide et encore les doses employées jusqu'ici pourraient-elles être doublées sans inconvénient.

Une autre application de la digitale, qui mérite d'être signalée, a été faite par Schilling, de Nuremberg, chez les malades porteurs d'affections valvulaires, qu'il faut opérer d'urgence. Il pratique avant l'intervention une injection hypodermique représentant 0,10 gr. de feuilles de digitale, pour prévenir le collapsus cardiaque pendant la chloroformisation. C'est une pratique recommandable: car, dans l'anesthésie, le danger est au cœur et non à la respiration. Ce sont

des considérations de cet ordre qui font préconiser l'injection de spartéine avant la narcose chloroformique.

On peut employer chez l'adulte : 0,02 à 0,20 gr. par injection et par 24 heures. Dans les cas graves d'asystolie ou de collapsus cardiaque imminent, nous estimons que ces doses peuvent être aisément doublées, surtout si l'on peut mettre entre chaque injection un intervalle suffisant.

La digitale ne doit pas être, en règle générale, administrée plus de 5 jours de suite, de crainte de l'accumulation possible. Néanmoins ce phénomène est plus exceptionnel qu'on ne le pense généralement, et, surtout lorsqu'on emploie la voie hypodermique, l'usage des préparations de digitale, principalement de celles qui agissent, peut il être poursuivi sans danger pendant 10 et même 15 jours consécutifs.

L'injection est peu douloureuse si elle a été soigneusement filtrée et récemment préparée ; elle s'accompagne d'un léger sentiment de cuisson qui ne persiste pas au-delà d'un quart d'heure. Sous son influence, la pression artérielle s'élève, le cœur se régularise, la diurèse s'établit, souvent même dès la première injection de 20 centigr.

Comme formules d'emploi on peut citer :

Celle de Zienetz : feuilles de digitale, 0,30 gr., à infuser dans eau chaude, 10 gr.—On injecte 2, 5 et même 10 c. c. par jour

Et celle de Schilling : f. de digitale, 1 gr., à infuser dans eau chaude, 10 gr. On injecte 1 c. c. $\frac{1}{4}$ d'heure avant de chloroformer.

Une 3e préparation a été indiquée par Passerini, mais peu recommandable : Teinture de digitale, 3 gr. ; vaseline liquide, 10 gr - Injecter 3 c. c. par jour.

(*Le Scalpel*)

SÉRO-DIAGNOSTIC ET SÉRO-PRONOSTIC DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.—M. CATRIN (du Val-de-Grâce) a examiné systématiquement le sérum de quarante-huit hommes entrés dans son service avec un ensemble de symptômes permettant de soupçonner la nature typhoïdique de leur affection. Sur ces quarante-huit malades trente-six ont eu la fièvre typhoïde, et ont présenté la séro-réaction immédiate, c'est-à-dire l'immobilité des bacilles d'Eberth et leur agglutination, puis, ultérieurement, la clarification des cultures, plus ou moins nette, plus ou moins rapide.

Chez les douze autres malades comprenant onze cas d'embaras gastrique, presque tous fébriles, et un cas de fièvre continue, M. Catrin n'a pas obtenu la réaction caractéristique, et la courte durée du cycle fébrile, la symptomatologie, la brièveté de l'affection et de la convalescence ont démontré l'exactitude du séro-diagnostic.

Il lui a semblé que, plus tardive et moins intense était la réaction, et plus le pronostic semblait bénin ; mais les cas sur lesquels repose cette impression sont trop peu nombreux pour ne pas motiver d'expresses réserves.

M. Catrin a signalé un procédé facile pour obtenir la réaction caractéristique du séro-diagnostic. Entre une lame et une lamelle on verse 8 ou 10 gouttes de culture d'Eberth, puis on fait couler une goutte de sérum typhique sur le bord de la lamelle, et alors, au microscope, on voit peu à peu, le sérum se diffuser dans le liquide, arrêter les mouvements si vifs des bacilles, puis les rassembler, les accoler. Tous les phénomènes se passent ainsi sous les yeux.

(*L'Abeille Médicale.*)

TRAITEMENT DES FOLLICULITES DE LA BARBE ; Par le Dr D. FRÈCHE.—On a l'habitude de désigner sous le nom de *folliculite* de la barbe ou de *sycosis* une affection essentiellement chronique, non parasitaire, caractérisée par la présence de pustules circumpilaires, avec rougeur, épaissement et infiltration de la peau, et formation de nodules plus ou moins profonds, donnant quelquefois l'aspect de véritables abcès.

Cette affection, qui siège naturellement dans les régions pourvues de poils, atteint souvent la barbe et surtout la lèvre supérieure, où elle peut rester cantonnée pendant fort longtemps. En été, les lésions s'atténuent, pour reparaitre au commencement de l'hiver, au premier rhume de cerveau, et cela durant des années. Il serait peut-être utile d'établir à ce sujet une distinction entre ces folliculites récidivantes de l'hiver, et qui sont surtout liées à des lésions nasales, et les folliculites sans lésion nasale, mais ce serait sortir du cadre que nous nous sommes tracé. Nous n'aurons donc ici en vue que le traitement.

Tout le monde sait combien est rebelle cette affection, pour laquelle on a appliqué sans grands résultats tous les trésors de l'arsenal thérapeutique. Il n'est guère de médicaments qui n'aient été préconisés et leur nombre, leur variété, est une preuve de leur inefficacité. Tels sont : les pommades mercurielles, au colomel, à l'oxyde jaune, au précipité blanc, l'emplâtre de Vigo, l'emplâtre rouge, les pommades à l'acide borique, à l'acide salicylique, au tanin, à l'ichthyol, le sulfo-ichthyolate d'ammonium en solution dans l'acide phénique, le soufre, le goudron, la résorcine, etc.

Sans vouloir contester l'action de ces divers topiques rationnellement administrés, on peut dire qu'ils sont généralement insuffisants.

On a aussi conseillé l'épilation et la rasure. Les avis sont partagés en ce qui concerne l'emploi de ces deux méthodes. Tandis que certains dermatologistes proscrivent l'épilation, la considérant comme nuisible d'autres la préconisent vivement.

Pour nous, sans aller jusqu'à la croire nuisible, nous pensons qu'elle est au moins inutile. Elle peut illusionner le malade et le médecin, car après l'ablation du poil la pustule disparaît en général, ce qui ne l'empêche pas de reparaitre dès que le poil de nouvelle formation vient pointer.

Quant à la rasure, elle est très douloureuse lorsque les tissus sont enflammés; de plus, elle peut favoriser les inoculations. Ces deux raisons doivent rendre très prudent pour son emploi.

Pour les cas rebelles, on a enfin préconisé les scarifications et aussi la cautérisation des pustules au galvanocautère.

La plupart des traitements étant sans effet, on s'est adressé au merveilleux; aussi avons nous pu lire au commencement de l'année, l'histoire d'un professeur de l'Université de Moscou atteint d'une folliculite de la barbe qui, après avoir consulté les professeurs Kaposi (de Vienne), Schwimmer (de Budapesth), Lassar (de Berlin), Pospielof (de Moscou), Stukovenkof (de Kieff), s'abandonna à une sage-femme qui traitait habituellement ses malades par les herbes. Celle-ci laissa cette fois les plantes de côté; elle se rencontra à cinq heures du matin avec le malade dans le temple du Sauveur, sur les bords de la Moscowa, et se mit en prières pendant trois ou quatre minutes. De nouvelles prières eurent lieu le soir et le lendemain matin.

Dès la première séance, l'éruption sycosique s'améliora, paraît-il; la supuration cessa, le gonflement s'atténua et en vingt-quatre heures tout signe de la maladie avait disparu.

L'histoire, racontée par le malade, est confirmée par le professeur Kogevnikof.

Le merveilleux n'étant pas à la portée de tous, nous sommes obligé de nous en tenir à des moyens plus accessibles.

Depuis un an environ, nous employons dans le traitement des folliculites de la barbe une solution alcoolique de sublimé que nous trouvons bien supérieure à tous les médicaments conseillés. Ce traitement, qui a été préconisé par Tilé (de Saint-Petersbourg) et avant lui, paraît-il, par Kromayer, avait donné à Tilé un résultat si parfait que nous nous décidâmes à l'appliquer.

Tilé a rapporté en détail, dans le *Vratch* son observation complète, dont voici quelques extraits :

Atteint d'un sycosis de la lèvre supérieure depuis le mois de février 1892,

Tilé s'adressa à plusieurs de ses confrères spécialistes, qui tous furent d'accord sur le diagnostic, mais qui instituèrent des traitements différents. Les uns lui conseillèrent la rasure, d'autres l'épilation des poils occupant le centre des pustules suivie d'un badigeonnage d'une solution sulfo-ichthyolée.

Au bout de deux semaines, les résultats étaient encore nuls, malgré une exécution scrupuleuse du traitement. La nuit et le matin, il se produisait une apparition de pustules nouvelles. Le malade remplaça alors la solution ichthyolée par une pommade à l'ichthyol. Aucune amélioration ne se faisant sentir, il rase la moustache. Alors commence le défilé des pommades à l'acide salicylique et au mercure, au précipité blanc et à la glycérine, au soufre et à la créosote, la solution de nitrate d'argent, l'huile de térébenthine avec saupoudrage de fleur de soufre, etc.

L'affection persistait toujours ; emploi d'une solution alcoolique de sublimé à 1/300, la rasure et l'épilation sont suspendues. Dès les premiers jours, l'emploi de cette solution amena une amélioration sensible ; l'infiltration diminua, la rougeur pâlit et les pustules devinrent plus rares. Quelque temps après, on remplaça la solution précédente par une autre plus forte à 1/170 et l'affection rétrocéda rapidement, en même temps que la sensation de constriction et de chaleur. Un mois plus tard, il n'y avait plus trace de pustules, il ne persistait plus qu'une légère infiltration de la lèvre et un peu de desquamation.

Déarrassé de son affection, Tilé voulut s'assurer à tout prix si le sublimé constituait réellement un moyen radical contre le sycosis. Dans ce but, il pria ses confrères de lui adresser des malades et eut bientôt l'occasion d'appliquer le traitement sur un officier de cavalerie atteint depuis deux ans d'un sycosis trichophytique. La guérison fut obtenue au bout de deux mois. Puis, se présenta à lui, pendant l'été de 1893, un musicien militaire pour une folliculite de la barbe remontant à deux ans. Le malade, en sa qualité de militaire ne pouvait se faire raser la moustache et avait pratiqué l'épilation avec des pommades diverses sans aucun résultat.

A la barbe et aux moustaches, on constate des nodules rougeâtres centrés par des poils. Par place, plusieurs de ces nodules sont réunis et forment des nodosités diffuses. Il existe aussi une grande abondance de pustules et de croûtes gris jaunâtres. Les poils qui traversent les pustules s'arrachent facilement et sans douleur. Ce sycosis, qui est encore parasitaire, guérit au bout de deux semaines. Deux ans après survint une récurrence qui céda très vite au même traitement.

L'observation la plus intéressante et à la fois la plus probante est celle qui suit :

Le colonel E. . . , atteint depuis le mois de janvier 1894 d'un sycosis de la moustache et de l'entrée des narines, fut traité, au début, par la pommade de Wilkins et celle de Hebra. à l'oxyde de plomb. Après une légère amélioration, survint une crise aiguë : la lèvre gonfla et se couvrit d'un grand nombre de grosses pustules ; la douleur était très vive à ce moment. On appliqua alors une lotion au nitrate d'argent, puis, dès que la crise fut un peu atténuée, l'alcool salicylé, et la pommade à l'oxyde de plomb. En avril 1893, on propose au malade l'épilation, qui est pratiquée à raison de soixante à cent poils par jour. Ce traitement dure pendant quatre mois et les pustules apparaissent toujours. Le malade se décide à aller trouver un grand spécialiste, qui institue une médication des plus rigoureuses et des plus complexes : rasure, épilation, scarifications et cautérisations au nitrate d'argent, accompagnées d'applications de pommades qu'on modifiait jusqu'à deux fois par jour. Le traitement dura cent huit jours et le colonel E. . . revint plus malade qu'avant, après avoir dépensé en onguents et pommades 2,160 marks.—(Ann. des Potuclin. de Bordeaux.)

CHIRURGIE

ÉNUCLÉATION MASSIVE DES GOÎTRES.—M. PONCET fait connaître un nouveau procédé opératoire pour l'extirpation de certains goîtres. Les goîtres charnus, parenchymateux, sont justiciables d'une seule opération, la thyroïdectomie partielle; à côté de cette variété, il en est une autre, une forme kystique ou polykystique, qui est justiciable d'une strumectomie, ou énucléation intraglandulaire, ou opération de Socin. Cette seconde variété ne réclame pas, comme la première, la ligature préalable des artères thyroïdiennes. Enfin, il est une troisième variété dans laquelle le parenchyme thyroïdien a complètement disparu, ou tout au moins s'est atrophié pour faire place à des tumeurs plus ou moins volumineuses, multiples, qui se sont substituées à lui. C'est dans cette variété de tumeurs que M. Poncet pratique l'énucléation massive dont il donne la description.

Après avoir, dans un premier temps, luxé le goître en dehors des lèvres de la plaie, on cherche le plan de clivage qui permettra d'isoler, d'énucléer les kystes, on est conduit, sans s'en douter, par une mobilisation progressive de la masse, à détacher le tout. Ces manœuvres de décollement s'exécutent aisément et l'on se rend alors parfaitement compte que l'on agit soit dans le tissu cellulaire plus ou moins dense, qui entoure la capsule thyroïdienne, soit au-dessous de cette dernière et d'une couche plus ou moins mince de tissu thyroïdien; dernier vestige d'un reliquat de la glande refoulée, atrophiée.

Le goître est bientôt, de la sorte, détaché, et dans les premières opérations on est tout étonné de constater avec quelle simplicité et quelle rapidité s'est exécutée son ablation (énucléation massive) sans danger pour les organes voisins, sans hémorrhagie notable. Particularité des plus intéressante, on n'a pas à lier les artères thyroïdiennes, dont les branches ont subi une atrophie qui paraît en rapport avec celle de la glande. L'opération, qui peut être rapidement menée, se trouve ainsi terminée. Du sang s'écoule en bavant—parfois sous la forme de petits jets artériels—des lambeaux thyroïdiens, mais l'hémostase immédiate, avec des pinces hémostatiques, en est des plus faciles.

Sur plus de cent opérations de goîtres (Jaboulay, Poncet), dans un quart des cas, au moins, on a pu recourir à l'énucléation massive. Les suites ont été des plus innocentes; il n'y pas eu de mort. Aujourd'hui, du reste, les statistiques de Kocher, de Roux, de Reverdin, les faits de Tillaux, de Schwartz, sans parler des observations personnelles de M. Poncet, ont bien établi que les interventions sanglantes pour goître, et en particulier, les énucléations, devaient être considérées comme des plus bénignes.

L'énucléation massive proposée par M. Poncet est une opération qui s'impose dans certains goîtres. Elle a toute la bénignité de la strumectomie et elle trouve précisément ses indications dans les cas où cette dernière n'est pas applicable ou est d'une exécution trop difficile.

En terminant l'exposé du procédé qui constitue l'ablation en bloc des tumeurs thyroïdiennes, M. Poncet rapporte succinctement plusieurs observations très démonstratives, à l'appui de ce mode de traitement.

« Le seul danger, dit-il, après cette opération qui laisse une large loge cavitaire, saignant plus ou moins en nappe, c'est l'hémorrhagie dans les premières heures qui suivent le pansement.

De nombreuses artéριοles et veinules ont été, en effet, déchirées, dilacérées, et si l'on se contente des ligatures, on court grand risque d'avoir du sang, dans la suite. Il faut suturer face à face, très exactement, par une suture au catgut en surjet, les surfaces saignantes. Cette suture bien faite, qui supprime toute cavité entre les lambeaux, assure aussi une hémostase parfaite et l'on peut, sans arrière-pensée, rechercher, par une suture intradermique, le minimum de cicatrice, après cette opération dans une région où la question de forme a son importance.—(*Gazette des Hôpitaux.*)

OPPORTUNITÉ DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE DANS LES PÉRITONITES DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.—M. DIEULAFOY fait une communication sur ce sujet.

Après avoir rappelé les services rendus par l'intervention chirurgicale dans les péritonites appendiculaires, dans les péritonites tuberculeuses, M. Dieulafoy estime que la fièvre typhoïde doit, à son tour, dans certains cas, faire partie du patrimoine de la chirurgie. On sait, en effet, les services que rend la chirurgie dans plusieurs variétés de péritonite. Or, y a-t-il lieu d'intervenir chirurgicalement dans les péritonites de la fièvre typhoïde ? Telle est la question que soumet aujourd'hui à l'Académie M. Dieulafoy.

Il y a dans la fièvre typhoïde, deux catégories de péritonites, la péritonite par perforation intestinale et la péritonite par propagation. La péritonite par perforation, dans la fièvre typhoïde, s'installe souvent d'une façon insidieuse. Du quinzième au dix-huitième jour de la maladie, surviennent quelques vomissements, du météorisme, quelques douleurs dans le ventre. Mais tous ces phénomènes sont peu marqués et la plupart, d'ailleurs, existent déjà depuis le début de la maladie. Mais que devient la température ? C'est là-dessus qu'il faut insister. Huit fois sur dix, on constate un brusque abaissement de la température. Cette chute brusque, qui peut aller jusqu'à 4 ou 5 degrés, est un signe de la plus haute importance en faveur d'une perforation intestinale. Donc chez un malade en cours de fièvre typhoïde, dont, vers le quinzième ou dix-huitième jour, le ventre devient ballonné, douloureux, qui a quelques vomissements, du hoquet, et qui présente cette brusque hypothermie, on peut porter le diagnostic de perforation intestinale. Il y a des cas dans lesquels on observe également une chute brusque de la température qui, de 40 degrés, par exemple, tombe brusquement à la normale, sans d'ailleurs que le malade aille plus mal, au contraire ; il y a d'autres cas où cette chute va jusqu'à l'hypothermie, où, en même temps, le malade semble plus mal et présente quelques nouveaux symptômes. Chez le premier tout s'améliore ; chez le second, tout s'aggrave. L'un marche vers la guérison, l'autre fait une perforation. L'hémorragie intestinale amène également un rapide abaissement de température ; mais, dans ces cas, alors même qu'il n'y a pas de malaise pour mettre sur la voie du diagnostic, la température, après s'être abaissée, remonte presque aussitôt, ainsi que l'a justement fait observer M. Brouardel.

Lorsqu'à l'aide des signes que vient de rappeler M. Dieulafoy et, en particulier, à l'aide de cette hypothermie, on peut porter le diagnostic de perforation intestinale, le pronostic devient extrêmement grave ; c'est presque toujours la mort à bref délai.

Quant aux péritonites par propagation, elles ont été décrites, pour la première fois en 1855, par Thiall. Pour M. Dieulafoy, il s'agit le plus souvent, dans ces cas, d'une péritonite par perforation appendiculaire. A côté de cette variété, il existe un troisième type : la péritonite typhoïde appendiculaire ou appendicite para-typhoïde. C'est, en somme, une vraie appendicite évoluant chez un typhique. M. Dieulafoy décrit les divers symptômes qui peuvent permettre de faire ce diagnostic et de différencier cette appendicite de la péritonite par perforation intestinale.

S'il s'agit d'une appendicite, il faut recourir au traitement chirurgical de l'appendicite sur lequel, récemment encore, insistait M. Dieulafoy. Mais en présence d'une perforation que faut-il faire ? Le malade fera-t-il les frais d'une opération ? comment faut-il juger la question ? M. Lejars a rassemblé 26 observations de laparatomies pratiquées dans ces cas, sur lesquelles il y a 6 guérisons. Mais les observations, pour la plupart d'origine américaine, ne sont pas très bien prises. Il y a lieu d'en mettre plusieurs en doute. M. Dieulafoy fait donc des réserves sur la valeur de ces observations.

Mais il a eu dans son service le cas suivant : Un homme au seizième jour d'une fièvre typhoïde, présente tous les signes d'une perforation intestinale. Le

premier jour, M. Dieulafoy hésite et attend. Le lendemain matin, le malade va beaucoup plus mal ; il est incontestablement perdu. M. Dieulafoy se décide à prier M. Routier de l'opérer séance tenante. M. Routier fait la laparatomie. Il trouve déjà un liquide purulent et une perforation à 15 millimètres au-dessus du cœcum. Il ferme cette perforation et achève l'opération. Le lendemain, le malade va mieux. Pendant quelques jours, on constate une amélioration réelle. Puis, le malade va moins bien, il tombe dans le collapsus et meurt dix jours après l'opération, sans nouveaux accidents.

A l'autopsie, on constate que la suture a parfaitement tenu, mais il s'est fait deux autres perforations plus haut. On peut donc dire que ce malade est mort guéri. Toutefois, cette observation prouve qu'une suture intestinale, faite en pleine péritonite de fièvre typhoïde, peut très bien tenir.

M. Dieulafoy termine par les conclusions suivantes :

1° 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° 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'opération.

3° Malgré les ulcérations intestinales, la suture de l'intestin aboutit à la cicatrisation de la perforation, l'intervention chirurgicale est donc motivée.

(*Gazette des Hôpitaux*).

EXTRACTION DES CALCULS BILIAIRES ; CHOLÉDOCHOTOMIE, par M. RICARD. (*Société de chirurgie*, 17 juin 1896).—A la suite d'une opération heureuse sur un homme de 59 ans qui était atteint d'ictère chronique par rétention, l'auteur présente à la Société les réflexions suivantes qui peuvent servir à l'étude du traitement chirurgical des calculs des voies biliaires, dont on s'occupe actuellement :

1° Il faut assurer un diagnostic médical aussi précis que possible ;

2° Si l'on pense à une *obstruction du cholédoque*, il faut faire la *laparatomie médiane*, qui donne plus de commodité. On pourra faire en outre une incision latérale pour rechercher la vésicule. On se bornera à cette dernière, qui est l'incision de choix, si l'on a des raisons de penser à des calculs de la vésicule ;

3° Lorsque les calculs du cholédoque sont placés bas, vers l'ampoule de Vater, il faut les remonter en les faisant glisser de bas en haut pour les extraire en incisant sur la partie supérieure du canal ;

4° Quelle que soit la nature de l'intervention, on doit suturer les voies biliaires et drainer avec la gaze iodoformée et de gros drains ;

5° La *fistule biliaire* est une conséquence presque inévitable de l'incision du cholédoque. Elle dure peu de temps et ne peut compter comme une complication sérieuse. On n'en doit pas moins suturer le canal, mais il faut drainer.

—(*Rev. de théor. méd. chir.*)

AUG. B.

UNE NOUVELLE MÉTHODE POUR L'OPÉRATION DE L'HYDROCÈLE.—Le chirurgien lieutenant-colonel E. LAWRIE, de Hyderabad, (*The Lancet*, juin 13, 1896), donne la technique suivante pour l'opération de la cure radicale de l'hydrocèle : Le sac est ponctionné comme d'habitude et lorsqu'environ le tiers ou la moitié du liquide a été enlevé, deux drachmes d'une solution saturée de bichlorure de mercure dans de la glycérine sont injectées et mêlées au liquide contenu dans le sac. Cette solution doit y demeurer une demie à une minute. Le liquide est alors retiré jusqu'à la dernière goutte, le malade ressent très peu de douleur et à moins qu'il soit nerveux ou sous l'influence du chloroforme, il peut circuler immédiatement après l'opération. Pour les quelques jours qui suivent, il doit, comme règle, demeurer coucher, mais n'a besoin dans aucun cas, de garder le lit et dans une semaine ou moins il est assez bien. Si le

chirurgien veille à ce que ses mains, les instruments et les injections soient propres et dépourvus de microcoques lorsque la ponction et l'injection sont faites, cela produit toujours le même résultat,—i. e., une inflammation aseptique suffisante pour oblitérer le sac et rien de plus.

(*Therapeutic Gazette*, oct. 1896.)

DE LA PONCTION HYPOGASTRIQUE ET DE L'INCISION SUS-PUBIENNE DANS LA RÉTENTION AIGUE D'URINE.—(Association française d'urologie.)—M. LEGUEU. Quand le cathétérisme est impossible deux moyens se présentent pour soulager le malade : la ponction hypogastrique et l'incision sus-pubienne.

L'auteur préfère la ponction qui ne présente que peu de dangers. L'infiltration d'urine ne se produit qu'exceptionnellement, la blessure du péritoine est impossible si la ponction porte immédiatement au-dessus de la symphyse. De plus, ce moyen palliatif permet d'attendre que l'urèthre redevienne perméable, ce qui arrive souvent chez les prostatiques, par exemple.

L'incision sus-pubienne n'est ni aussi simple ni aussi bénigne. Il faut en restreindre l'emploi aux cas suivants : quand il y a fausse route, quand il y a infection, quand malgré les ponctions le canal reste impraticable au cathéter.

Dans les rétentions par obstacle urétral, la ponction ne peut être d'un utile secours. Il faut avoir recours alors à l'incision soit primitive soit secondaire. Si en effet, l'obstacle, déchirure ou rétrécissement, siège sur l'urèthre postérieur, la méthode de choix est l'uréthrotomie externe, permettant de lever le rétrécissement ou de suturer la rupture. Le cathétérisme rétrograde peut-être dans ce cas d'une grande utilité, aussi l'incision hypogastrique doit-elle être préférée à la ponction sus-pubienne.

La cystotomie trouve encore son indication, quand l'état général du malade contre-indique une opération longue et délicate comme l'uréthrotomie externe.

En résumé la ponction est un procédé d'expectation, applicable à tous les cas, sauf chez les prostatiques infectés ou atteints de fausses routes. L'incision sus-pubienne est le mode de traitement dans ces cas. Elle trouve encore son indication comme expédient, pour aider le traitement direct de la cause de rétention, par exemple, pour pratiquer le cathétérisme rétrograde dans les ruptures de l'urètre postérieur.

M. VIGNERON s'associe aux conclusions de M. Legueu. Selon lui, la ponction est indiquée comme moyen expectatif chez les prostatiques.

Toujours, chez ces derniers, l'urèthre finit par redevenir perméable aux sondes.

Chez les rétrécis, la ponction ne peut servir que dans les cas où l'uréthrotomie ne peut être immédiatement pratiquée, en encore, dans ces conditions, l'urèthre rétréci admet la plupart du temps une bougie fine qui permet l'écoulement de l'urine.

M. GUIARD se déclare partisan de la ponction seulement dans les cas où l'urine est aseptique. Il cite un cas où la ponction d'une vessie infectée déterminait une péritonite mortelle. De plus, cette ponction doit-elle renouvelée toutes les deux ou trois heures, avant que la vessie soit distendue.

L'auteur insiste sur les avantages qu'il y a à pratiquer le cathétérisme avec une sonde montée sur un mandrin.

M. ALBARRAN croit que la ponction est bien rarement indiquée ; lui-même ne l'a jamais pratiquée. Elle lui semble d'ailleurs anodine ; les seuls accidents que l'on puisse lui imputer sont des abcès sus-pubiens sans gravité.

M. TÉDENAT n'a jamais, depuis quinze ans, pratiqué la ponction, pour cette raison que le cathétérisme, chez les prostatiques, lui a semblé toujours possible, quoique plus ou moins facile. Autrefois, l'auteur employait ce procédé. Il rapporte des accidents graves dus à la ponction, en particulier des phlegmons de l'espace prévésical. Il cite une observation destinée à montrer que les accidents

de la ponction peuvent être tardifs. Ce sont, dans ce cas, des abcès circonscrits provoqués par des microbes jouissant d'un pouvoir virulent atténué. Il s'agit d'un malade atteint de rétention par rétrécissement. On lui avait fait une ponction quelque temps auparavant. M. Tégénat, après une incision sus-pubienne, pratique l'uréthrotomie interne. Le malade guérit, mais quelques jours après, il se développa un abcès au niveau où la ponction avait été faite.

M. JEAUMEL rapporte l'observation d'un homme de soixante-dix ans, prostatique ayant subi des fausses routes dans le cathétérisme. Cet homme fut ponctionné sans aucun accident. On réussit à lui passer une sonde, mais le lendemain il fit une chute sur le sacrum et mourut d'urémie. A l'autopsie on trouva des lésions du rein, un hématome dans la cavité de Retzius et des urines aseptiques.

M. ALBARRAN reconnaît que la ponction peut provoquer un hématome par blessure des veines de la paroi sus-pubienne, mais la mort du malade, cité dans l'observation précédente, est imputable aux lésions rénales, non à l'hématome.

M. POTHERAT. La ponction est un procédé d'attente, bon à conserver. D'ailleurs elle est sans dangers, l'auteur cite un malade qu'il a ponctionné 28 fois sans accidents. L'incision sus-pubienne n'est jamais une intervention d'urgence. (*Indép. Méd.*)

NOUVEAU TRAITEMENT DE LA COXALGIE PAR L'ARTHROTOMIE, par M. DELAGENIÈRE, du Mans.—En présence des résultats médiocres obtenus par la résection de la hanche dans la coxalgie, et en me fondant sur ce fait que la lésion tuberculeuse a son siège prédominant dans l'épiphyse du fémur, je me suis demandé si l'évidement de cette épiphyse et le drainage articulaire à travers le col et le grand trochanter ne donneraient pas des résultats aussi bons que ceux de la résection, au point de la vie de l'individu, et meilleur au point de vue orthopédique.

J'ai adopté la technique suivante : je fais une incision analogue à celle de Langenbeck, mais descendant plus bas sur la cuisse, environ à 2 centimètres au-dessous de la base du grand trochanter. Cette incision doit mesurer quinze centimètres environ. Je dissocie les fibres du grand fessier pour pénétrer jusqu'aux muscles pelvi-trochantériens ; j'écarte le pyramidal et le moyen fessier, puis pratique une incision du périoste depuis le cotyle jusqu'à la base du grand trochanter, y compris les faces interne et externe de cette saillie osseuse ; la capsule articulaire est largement fendue en T pour permettre l'exploration de l'articulation. Je décolle ensuite le périoste de chaque côté de l'incision, afin de faire une opération *sous-périostée*. J'exécute en encoche le bord supérieur du grand trochanter jusqu'au bord supérieur du col ; avec la pince-gouge, j'évide le col jusqu'à la tête ; j'évide ensuite la tête dont j'enlève une portion de cartilage articulaire dans le point qui correspond à l'évidement. Je termine enfin par l'évidement du grand trochanter que je poursuis jusqu'à 1 centimètre au-dessous de sa base, afin de créer une gouttière d'évidement régulièrement déclive et suivant la direction de l'éperon de Merkel.

L'opération est terminée en réunissant les parties molles au-dessus de la gouttière creusée, après avoir mis au fond de celle-ci un tube métallique, dont l'extrémité interne est dans l'articulation et dont l'extrémité externe est fixée à la peau. Ce drain métallique sera laissé jusqu'à la guérison du malade.

J'ai pratiqué 2 fois cette opération pour des coxalgies suppurées très graves ; les 2 malades ont vu rapidement cesser leurs accidents et se sont rétablis rapidement.

Les conclusions qu'il me semble pouvoir tirer de ces faits sont les suivantes : 1° l'opération est simple et facile ; 2° elle paraît exempte de gravité ; 3° le drainage de l'articulation malade et de l'épiphyse est obtenu définitivement ; 4° la hanche conserve sa forme et une partie de ses mouvements.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

LE TRAITEMENT DES SUPPURATIONS PELVIENNES AU CONGRÈS DE GENÈVE.—Le 2^e Congrès international d'Obstétrique et de Gynécologie a eu lieu, cette année, à Genève, du 1^{er} au 5 septembre. Ce que nous tenons à mettre en relief, à cette place, c'est le progrès des idées conservatrices que nous n'avons cessé de défendre dans ce journal et auxquelles viennent se rallier peu à peu les meilleurs esprits.

Déjà, lors du 1^{er} Congrès international tenu à Bruxelles, nous avons noté les protestations de quelques gynécologistes contre l'abus des mutilations auxquelles donnaient lieu les suppurations pelviennes, ce terme englobant à la fois les cas extrêmement graves justiciables de la castration utéro-ovarienne et les cas de gravité moyenne ou minime, de beaucoup les plus fréquents, qui ne réclament, à notre avis, que la mise en œuvre des procédés conservateurs pour aboutir à une guérison complète.

Mais quelques importantes qu'aient été les réserves auxquelles nous venons de faire allusion, il est bien certain que le congrès de Bruxelles avait pu paraître, jusqu'à un certain point, comme le triomphe de l'hystérectomie vaginale merveilleusement défendue par M. Segond, rapporteur de la question. Hystérectomistes et laparotomistes se disputaient la victoire, mais restaient maîtres, en définitive, du champ de bataille, les conservateurs ne prenant qu'une part trop restreinte à la lutte.

À Genève, au contraire, c'est bien le retour aux idées conservatrices qui est la dominante du Congrès, et cela dès la séance d'ouverture, où nous entendons M. Reverdin, président du Congrès, donner l'appréciation suivante à propos des divers modes de traitement des suppurations pelviennes :

“ La lutte a été vive, dit-il, comme l'est aussi celle suscitée par les nouvelles opérations dirigées contre les tumeurs utérines : Les uns n'acceptent que la voie vaginale, tandis que d'autres préfèrent attaquer par l'abdomen.

“ Mais souffrez que je le dise, les deux méthodes rivales, soutenues de part et d'autre avec une égale intensité, ont parfois péché par excès.

“ Tout enlever, toujours enlever par les voies naturelles n'est ni possible, ni utile, ni surtout inoffensif. Ne vouloir intervenir que par la voie abdominale est exagéré, routinier, parfois dangereux.

“ L'entente doit donc se faire sur ce si intéressant problème gynécologique.

“ Une trêve devient nécessaire, car, en somme, personne ne le niera, il y a eu des sacrifices. Cela s'explique dans les premières heures de la lutte, mais ce moment d'enthousiasme passé, il convient de se ressaisir et de se demander, après avoir compté les morts, non pas si le nombre qu'on accuse est supérieur ou non à celui de l'adversaire, mais si toutes étaient vraiment nécessaires. Il ne m'appartient pas de me poser en juge en pareil litige, et telle n'est point mon ambition ; mais je suis certain d'exprimer le sentiment intime de plusieurs en constatant qu'il y a eu, dans ces dernières années, des excès opératoires, des organes inutilement sacrifiés.”

Puis, c'est M. Bouilly qui, dans un rapport d'une lucidité parfaite et dont le succès véritable était des plus mérités, discute les indications de l'hystérectomie et celles de la laparotomie (voir notre compte-rendu des Sociétés savantes), mais aussi accorde une réelle valeur à l'incision vaginale :

“ L'incision simple, suivie de drainage, dit-il, représente la méthode de choix pour l'ouverture des abcès pelviens aigus d'origine cellulaire, le siège de l'incision étant imposé par le point où se produit le relief de la collection, soit à la paroi de l'abdomen, soit dans le vagin.

“ Le même procédé est également indiqué pour l'ouverture des hématoécèles suppurées et des collections péritonéales primitives d'origine post-puerpérale, post-abortive ou gonorrhéique, aiguës ou sub-aiguës, ou consécutives à une infection péritonéale post-opératoire.”

“ Grâce à une meilleure antisepsie vaginale et surtout à de meilleurs modes de drainage, l'incision simple a gagné du terrain dans le traitement des abcès pelviens enkystés siégeant dans les annexes.

“ Dans ces cas, elle ne peut être appliquée avec efficacité et sécurité que si la poche est unilatérale, à parois peu épaisses, facilement fluctuante, base située sur les côtés de l'utérus ou pouvant être amenée par la pression hypogastrique au contact de la paroi vaginale.

“ Elle trouve sa meilleure indication dans les suppurations aiguës de l'ovaire et de la trompe, s'accompagnant d'un état général grave et dans lesquelles la virulence exaltée du pus contre-indique une laparotomie ou une hystérectomie.

“ Cette opération d'attente donne les meilleurs résultats immédiats et assure la guérison définitive dans un nombre de cas plus considérable qu'on ne le croit à priori.

“ L'insuccès de l'incision vaginale démontrée par la persistance d'une fistule purulente ou le retour de la suppuration ne compromet pas les résultats que pourra donner une hystérectomie vaginale ultérieure.”

M. Sanger (de Leipzig), co-rapporteur, fait également une large place à l'incision vaginale et aux autres procédés conservateurs.

“ L'origine de procédés opératoires conservateurs par la voie vaginale et par la voie abdominale, dit-il, réside dans le fait que l'on a reconnu l'influence nuisible d'une extirpation complète de tout l'appareil génital interne, surtout lorsqu'on a affaire à des femmes jeunes. Pour combattre les troubles qui se produisent à la suite de ces mutilations (*cachexie ovariorivine*, L. Landau), on a proposé d'appliquer les principes de Brown-Séquard en faisant ingérer du tissu ovarien animal aux opérées ou en pratiquant des injections sous-cutanées du suc ovarien ; mais ce traitement n'en est encore qu'à sa période d'essai, et, en tout cas, il est infiniment préférable de conserver tout ce que l'on peut des annexes et de l'utérus plutôt que de recourir à ces procédés thérapeutiques.

M. Kéllý (de Baltimore) préconise aussi le traitement conservateur et en particulier l'incision vaginale, pendant que M. Hænretin (de Chicago) insiste sur l'incision vaginale précoce qui “ peut dit-il, guérir les suppurations pelviennes, sans mutilation, dans la proportion de 90 0/10 lorsque la maladie est assez récente et que le traitement est institué d'une façon tout à fait précoce.”

M. Hartmann, avant d'établir un parallèle entre l'hystérectomie et la laparotomie, avoue que le traitement par le repos au lit et l'antisepsie vaginale permet des guérisons, en particulier chez les blennorrhagiques, même, après des accidents plévi-péritonitiques qui, bruyants au début, pouvaient faire craindre des lésions graves pour l'avenir. Il admet même qu'il y a lieu de commencer par la dilatation et le curettage qui donnent, dans certains cas, de réels succès, lorsqu'on se trouve en présence de tumeurs mal limitées, probablement dues en grande partie à des exsudats péritonitiques.

M. Laroyenne (de Lyon), un des premiers et des plus ardents défenseurs de l'incision vaginale, parmi nous (car il s'agit d'une vieille opération qu'on avait simplement oubliée depuis une quinzaine d'années), rappelle les avantages de son manuel opératoire, affirme la possibilité d'ouvrir les poches multiples juxtaposées ou superposées, et vante l'efficacité de cette méthode dans les collections purulentes et dans les hématoécèles.

“ Les collections suppurées à grande virulence, dit M. Mangin (de Marseille), demandent à être ouvertes au plutôt ; pour ce faire, nous avons abandonné la laparotomie qui nous donnait 20 0/10 de mortalité, pour ne plus employer que l'incision vaginale au bistouri, large incision en T dans le cul-de-sac postérieur assurant le drainage, curettage de la poche, injections journalières jusqu'à

guérison, opération facile, pouvant se faire sans chloroforme, certaine dans ses résultats, même chez des malades épuisées, opération pouvant s'attaquer même aux collections latérales et élevées. Les fistules ne sont à craindre que si les soins consécutifs n'ont pas été prolongés. Dans ces conditions, l'hystérectomie vaginale nous a semblé toujours superflue. Pour les collections prédominant vers le ventre nous nous en sommes tenu à la laparatomie sans énucléation de la poche lésée, celle-ci était trop adhérente. Pour les infections atténuées, nous avons usé très largement des traitements médicaux et chirurgicaux conservateurs, n'intervenant radicalement qu'après échec de ces différents moyens. Grâce à cette méthode prudente, nous n'avons plus observé de mortalité depuis quelques années sur un grand nombre de cas traités ; les échecs sont très rares."

" Dans une trentaine de cas personnels, dit M. Adénot (de Lyon), nous avons appliqué le procédé du débridement vaginal. Plusieurs fois nous nous sommes décidé à cette intervention éminemment bénigne, après avoir hésité à lui préférer une laparatomie ou une hystérectomie vaginale. Nous nous sommes toujours félicité d'avoir donné la préférence au large débridement vaginal."

M. Pichevin fait remarquer combien l'incision vaginale gagne du terrain depuis quelques années.

Enfin, M. Doléris, après une discussion très intéressante des symptômes et du diagnostic des variétés d'inflammation pelvienne, dit les paroles suivantes qui nous semblent bien nettement résumer l'état actuel de la question :

" Le fait qui caractérise plus positivement l'évolution de la question en discussion, c'est le retour en arrière. Nous commençons à remonter une pente qui avait été descendue avec une rapidité vertigineuse. Le pas en arrière est marqué par l'adoption plus générale de l'incision large du cul-de-sac vaginal postérieur ou du cul-de-sac antérieur. La première est une vieille méthode, une opération qui n'a pas d'âge, que nous n'avons jamais abandonnée, au travers des entraînements excessifs vers des méthodes plus nouvelles. Notre rapporteur américain conclut à la guérison de 90 % des inflammations pelviennes par ce procédé. Je ne veux pas retenir le chiffre, mais il suffit que déjà on proclame le succès de cette opération si simple, pour que demain on songe à user des procédés plus simples encore et à remettre à sa vraie place la thérapeutique intra-utérine précoce, quand la prophylaxie et l'expectation ont échoué. La cœliotomie vaginale antérieure est un procédé plus neuf, de réelle valeur, qui vient s'ajouter aux procédés conservateurs. Il y a dans ce domaine de grandes conquêtes à faire. Le chiffre considérable des grossesses survenues après des lésions doubles doit faire réfléchir et modérer les procédés destructeurs. Le deuxième point acquis, c'est la tendance conservatrice qui se déduit de la constatation précédente et que deux des rapporteurs ont affirmée, et sur la nécessité de laquelle ils ont justement appuyé. Elle s'est accrue ici de l'affirmation autorisée de la grande majorité des orateurs. Cette tendance est logique : fatalement elle devait trouver son heure ; elle ne peut tendre qu'à s'affirmer de plus en plus."

JULES BATUAUD.

(Revue des Maladies des femmes.)

BLENNORRHAGIE CHEZ LA FEMME. TRAITEMENT PAR LA FORMALINE.—E. DE SMET. (*La Clinique*, juillet 1896.)—La formaline, excellent antiseptique, exerce une action caustique très favorable sur les muqueuses atteintes d'inflammation blennorrhagique. Ses effets sont rapides et certains. Elle peut être appliquée sans provoquer de vives douleurs et sans danger. Elle donne de très bons résultats chez la femme, dans la blennorrhagie localisée à la vulve, à la matrice, au vagin, à l'urètre.

Pratiquer une lotion des organes génitaux externes, au moyen d'une solution aqueuse de formaline à 1 p. 1000. Dans les localisations de l'affection à la vulve, cette lotion peut être renouvelée plusieurs fois par jour.

Introduire le spéculum. Remplir le vagin d'une solution de formaline de

2 à 5 p. 1000, puis d'un tampon d'ouate imbibé de ce mélange, pour assurer le contact du médicament avec la surface malade.

Si la cavité cervico-utérine est atteinte, faire une injection à 2 p. 1000.

Dans les cas graves, avec ulcérations du col, appliquer dans le vagin, et y laisser durant deux ou trois heures, un épais tampon d'ouate ou de gaze imprégnée de la solution au 1/1000.

Renouveler, suivant le cas, le pansement tous les deux jours ou même tous les jours.

L'action de la formaline sur la muqueuse est légèrement caustique et se traduit par une teinte blanchâtre. A 5 p. 1000, elle provoque un boursoufflement de la muqueuse, comme une véritable brûlure, quand on laisse le tampon dans le vagin. Cet effet a l'avantage de modifier les parties et d'enrayer le processus morbide. La guérison se produit généralement après deux ou trois applications. Dans les cas chroniques, il faut les répéter plus longtemps.

R. Bl.

Revue de Thérapeutique.

TRAITEMENT DES ÉROSIONS DU MAMELON PAR LE STÉRÉSOL.—M. le Dr Audebert indique, dans les *Archives de Tocologie*, les bons résultats qu'il a obtenus de l'emploi du stérésol dans les cas d'érosions et de gerçures du mamelon. On sait que ce produit est un véritable vernis antiseptique constitué par une dissolution alcoolique de gomme laque et benjoin, à laquelle on ajoute 10 0/0 de phénol, de la saccharine et de la cannelle de Chine; il hâte la cicatrisation, prévient les complications septiques, empêche le contact des lèvres et supprime la douleur, et enfin, appliqué seulement sur le point malade, ne s'oppose nullement à l'excrétion du lait.

Son usage est des plus simples : il doit toujours être précédé d'un nettoyage minutieux du sein, du mamelon et de la gerçure en particulier avec une solution boriquée. On sèche avec du coton aseptique, et après avoir rapproché les lèvres de l'érosion, on les réunit à l'aide d'une mince couche de stérésol ; dix minutes après, seconde couche, que l'on laisse sécher quelques instants encore, et un quart d'heure après, la nourrice est parfaitement apte à donner le sein. Aucun pansement contentif n'est nécessaire. Les serviettes et bandages de corps employés pour maintenir les pansements sur le sein sont inutiles et on n'y aura recours que s'il y a menace d'engorgement.

La seule contre-indication est la multiplicité des érosions mamelonnaires ; dans ce cas on serait obligé de couvrir toute la surface du mamelon et partant d'oblitérer tous les orifices galactophores et on supprimerait ainsi l'écoulement du lait.—*Journ. des sages-femmes.*

TRAITEMENT DE LA PROCIDENCE DU CORDON, par le Dr BAR.— Il y a des règles générales qui diffèrent suivant que la dilatation est complète ou incomplète

1° *Dilatation complète.*—Ici il faut encore distinguer suivant que les membranes sont rompues ou non rompues.

Si les membranes sont rompues, il faut terminer immédiatement l'accouchement par le forceps ou par la version. L'expérience montre qu'il faut appliquer le forceps seulement dans les cas où la tête est profondément engagée. Si la tête est mobilisable, la version est le procédé de choix, le forceps en saisissant la tête peut comprimer le cordon et amener la mort de l'enfant.

Si l'on fait la version, il faut se souvenir qu'il y a procidence du cordon, et que ce cordon doit être réduit auparavant, sinon il sera comprimé pendant la version, et l'enfant succombera.

On a donc recommandé en commençant la version de saisir le cordon avec la main, de le porter au-dessus de la partie fœtale, et même au fond de l'utérus, et même de l'accrocher à une partie fœtale, puis de saisir un pied et de faire la version.

Si les membranes ne sont *pas rompues*, lorsque la dilatation est complète, on les rompt, on réduit le cordon et on fait la version comme dans le cas précédent.

2° Dilatation incomplète

1re circonstance.—*Membranes rompues*. Deux indications se présentent : l'enfant souffre du fait de la procidence du cordon, il faut réduire ce cordon, mais il souffre aussi d'un travail lent, il faut alors hâter l'accouchement.

Comment faut-il s'y prendre pour réduire le cordon ?

Quelques auteurs ont conseillé de mettre la femme dans le décubitus genu-pectoral, c'est-à-dire à genou le tronc et la poitrine baissés, les coudes écartés reposant sur le lit. Dans cette situation la pression abdominale diminue, la tête par son propre poids se décolle du détroit supérieur et le cordon pourrait se réduire : je ne sais pas si on a jamais vu le cordon rentrer dans la cavité utérine. Cette manœuvre est seulement utile pour décoller la partie fœtale et peut rendre plus facile l'intervention.

Il faut donc intervenir. Le premier procédé indiqué par les auteurs pour réduire le cordon est l'emploi de la main ; peut-on y arriver ? Je dirais volontiers jamais, cependant on pourrait peut-être employer la main quand le col est insuffisamment dilaté pour faire l'accouchement mais suffisamment dilaté pour passer la main.

Dans ce procédé on arrive sur le cordon avec deux doigts, la femme étant dans la position genu-pectorale, on repousse l'anse, qui retombe aussitôt, c'est un vrai travail des Danaïdes ; on n'en sort pas. Ce qui sort c'est le cordon qui, à chaque tentative, descend souvent plus bas et devient vaginal.

Donc méfiez-vous de la main ; car il faut que le cordon soit remonté non seulement au-dessus de la partie fœtale, mais dans le corps de l'utérus, et les doigts ne peuvent le remonter au-dessus de l'anneau de Bandl. L'introduction des doigts servira seulement à faire reconnaître la topographie du cordon procident.

Il faut toujours recourir à des instruments pour réduire le cordon ; ce sont des porte-cordons.

L'instrument classique par excellence est celui de Scheller : il est formé de deux longues tiges de baleine, glissant l'une sur l'autre, et présente à son extrémité la forme d'un point d'interrogation dans lequel on loge le cordon ; ainsi saisi, le cordon est remonté dans la cavité utérine, le plus loin possible, et on l'y abandonne après avoir ouvert l'instrument. Le porte-cordon de Scheller est peu usité.

Il en existe un autre employé en Belgique, qui est aussi mauvais.

Le meilleur est de se servir de sondes avec mandrin.

Le procédé de M. Tarnier cherche à résoudre les deux problèmes : 1° porter le cordon au-dessus de l'anneau de Bandl ; 2° le maintenir en ce point.

Pour le retenir en haut, Tarnier se sert d'une sonde en gomme noire et d'une queue de cerf-volant formée par deux boulettes de coton hydrophile maintenues à peu de distance par un fil. Ce fil est passé dans le vagin autour du cordon, le mandrin poussé à travers l'œil de la sonde applique le fil contre cet œil ; on remonte ainsi le cordon dans l'utérus, on retire le mandrin, et le cordon reste ainsi en haut entouré du fil et des deux bourdonnets d'ouate qui le maintiennent.

Un autre procédé que je crois supérieur au précédent, consiste à prendre une sonde en caoutchouc rouge, à faire à cette sonde un œil en face de celui qui existe et à passer au travers des deux yeux un lien de coton. On attire le cordon à la vulve, on le noue avec ce lien, on introduit un mandrin dans la sonde, on remonte le cordon dans l'utérus, on retire le mandrin et on laisse en place la sonde qui sera expulsée avec le cordon après l'issue de l'enfant.

Chez la femme dont nous parlons, après avoir réduit le cordon, nous avons voulu activer le travail en appliquant le ballon de Champetier ; ce ballon s'étant

vidé, on dut le réappliquer plusieurs heures après. Ce retard dans la marche du travail provoqué a peut-être été la cause de la mort de l'enfant.

Donc ici deux faits capitaux à retenir :

1° Les procidences passives observées pendant le travail sont peu graves, les procidences actives sont extrêmement graves.

2° Toutes les fois que vous voudrez réduire un cordon procident, vous n'y arriverez qu'avec des instruments.

2e circonstance.—*Membranes non rompues*, le col étant incomplètement dilaté.

Dans ce cas y toucher le moins possible ; mettre la malade dans la position genu-pectorale, et n'intervenir que quand les membranes seront rompues.

Journal des Sages-Femmes.

HÉMATOME DE LA VULVE ET DU VAGIN CONSÉCUTIF A UN ACCOUCHEMENT NORMAL.—Le Dr LEFRANC (de Rethel) publie, dans l'*Union médicale du Nord-Est*, un cas d'hématome au sujet duquel il donne des détails cliniques très importants.

Sous les noms différents d'hématocèle des grandes lèvres, d'hématome de la vulve et du vagin, les auteurs désignent un épanchement sanguin collecté ou infiltré dans l'épaisseur du tissu cellulaire des grandes lèvres et des petites lèvres, du vagin, du périnée, et qui remonte quelquefois jusqu'aux cavités pelviennes et abdominales.

L'hématome de la vulve peut avoir des causes différentes et naître dans des circonstances différentes : 1° En dehors de l'état de grossesse ; 2° Pendant la grossesse, au moment de l'accouchement ou après la parturition. Rare en dehors de l'état puerpéral, il s'observe surtout avant ou après l'accouchement. Cependant, même dans ces conditions, il ne se rencontre pas fréquemment.

En effet, Peneux n'en a observé que trois cas sur 1,400 accouchements.

Winckel, 1 cas sur 1,600 accouchements.

Charpentier, 1 cas sur 1,800 accouchements.

Johnson et Sinclair, 7 cas sur 1,300 accouchements (Duplay).

Dans ce nouveau cas, la tumeur commença à se produire deux heures après un accouchement normal : à ce moment survint une douleur très vive s'accompagnant d'une tuméfaction progressive de la grande lèvre droite. Au moment où il est appelé, M. Lefranc découvre une tuméfaction de la grosseur d'un œuf siégeant au niveau de la grande lèvre droite. Cette tuméfaction grossit à vue d'œil et atteint rapidement le volume d'une grosse orange. A ce moment, la muqueuse vaginale qui forme la paroi antéro-interne de la tumeur prend une teinte violacée, et, au niveau de l'anus et à droite, il existe déjà une tache ecchymotique noirâtre de la largeur d'une pièce de cinq francs.

La tumeur occupe toute la grande lèvre droite, s'étend vers le bas jusqu'au rectum et remonte jusqu'au cul-de-sac latéral droit, décollant ainsi le vagin. Elle est mate à la percussion et point fluctuante. Elle n'est pas réductible, et on ne perçoit ni battement, ni souffle. La muqueuse vaginale est très distendue, et menacée de se rompre sous l'effort des douleurs expulsives de la patiente que l'on croirait à la dernière période de son accouchement. Les douleurs sont tellement aiguës et conquassantes qu'elle prie de la soulager à tout prix.

L'hématome est alors ouvert largement, la poche est lavée au sublimé, et tamponnée à la gaze iodoformée. Le soulagement fut très rapide et la guérison survint rapidement.

Deux choses sont à noter dans cette observation : la formation de l'hématome et l'urgence de l'intervention.

Les auteurs sont loin d'être d'accord au sujet de l'étiologie de cette affection.

Aucune des causes invoquées habituellement, varices de la vulve, étroitesse du vagin, malformation, maladie du cœur, application du forceps, ne pouvait être admise ici.

L'accouchement a été normal, et l'accouchée était même une secondipare. Mais, comme l'a fait si judicieusement remarquer de Sinéty, deux facteurs se réunissent pour favoriser la formation de l'hématome. D'un côté, la vascularisation plus considérable, d'un autre, la laxité plus grande des tissus qui entrent dans la structure des organes génitaux pendant la grossesse. C'est à cette cause seule qu'est dû l'hématome qui fait l'objet de cette relation.

Que s'est-il passé ? Le canal vaginal étant plus étroit à son ouverture inférieure qu'à sa partie supérieure, la tête, en sortant, s'est coiffée de la partie plus étroite ; et, l'orifice vulvaire ne cédant pas, le vagin, sous l'effort des contractions utérines violentes, s'est décollé et séparé des tissus qui l'environnent, amenant ainsi la rupture des nombreux et gros vaisseaux de la région.

L'accord, entre les auteurs n'est pas plus unanime quand il s'agit du traitement.

Velpeau et Nélaton, Duplay et de Sinéty préconisent l'intervention lorsqu'il y a menace de rupture et conseillent l'ouverture large de la poche et l'évacuation des caillots. Hervieux, et, après lui, Charpentier, préfèrent attendre, pour intervenir, la rupture spontanée de l'hématome.

Or, dans ce cas, il est probable que l'expectation pure et simple aurait été un danger de plus pour l'accouchée.

Non seulement, on n'aurait pas eu la satisfaction d'apporter du soulagement à la malade (ce qui est bien quelque chose pour un praticien), mais encore, on aurait assisté à un sphacèle étendu de la poche, à une plaque d'eschare de la peau au niveau et à droite de l'anus, de l'étendue d'une pièce de cinq francs au moins, et, peut-être, à une hémorrhagie redoutable qui aurait entraîné la mort de la malade.

La pratique de l'antisepsie permet au chirurgien d'autres audaces !

(*Journal de Méd. et de Chir. prat.*)

Plombage des os avec des substances antiseptiques.—M. ISCH-WALL (de Paris) présente au nom de M. Reynier et au sien un procédé destiné à remplir d'une substance antiseptique les os évidés. La substance employée par les auteurs est le salol. Le salol chauffé à 40° prend un aspect vitreux et solide. De plus, ce corps dissout l'iodoforme. Ce procédé s'applique au cas de petites cavités osseuses.

Ostéosarcome des membres—M. LEJARS cite le cas d'un jeune homme, atteint d'un ostéosarcome de l'extrémité supérieure de l'humérus. Au lieu de pratiquer la désarticulation comme semblaient l'indiquer les circonstances, on tenta une résection. Pendant l'opération on tomba sur un ostéosarcome de la tête humérale. On excisa toute trace de néoplasme. Le malade a recouvré la plupart des mouvements de son membre et la récurrence ne s'est point produite depuis cinq ans.

Modification à l'opération de la hernie étranglée.—HEIDENREICH (de Nancy) préconise un procédé qui consiste à débrider hors du sac. Cette modification a pour conséquence de ne pas ouvrir la cavité péritonéale. On ne risque pas ainsi de blesser l'intestin ; de plus, par ce procédé, s'il se produit une hémorrhagie, celle-ci est extrapéritonéale, facile par conséquent à arrêter. Après la réduction de l'intestin, on achève l'opération par l'excision du sac. Cette manœuvre est facilitée par ce fait que le sac est intact. On ne court pas le risque de déchirer davantage le péritoine et de laisser la cavité péritonéale ouverte. Le débridement pratiqué hors du sac est suffisant pour lever l'étranglement ; s'il ne suffit pas, il n'y a qu'à élargir l'ouverture à l'aide d'un doigt introduit dans le collet du sac.

(*Indépend. Méd.*)

REVUE D'HYGIÈNE

L'HYGIÈNE DES CLASSES

Chauffage.—Les sources de chaleur sont placées à l'intérieur des classes ou en dehors d'elles ; parmi les premières viennent les cheminées et les poêles ; les autres appareils locaux scolaires sont des calorifères à air chaud, à eau chaude ou à vapeur.

L'appareil de chauffage le plus usité dans les écoles et le mieux en rapport avec leur budget limité, c'est le poêle mobile. Les poêles à la portée des établissements modestes sont en fonte, en tôle ou en poterie. Ils chauffent par rayonnement de leurs parois et en échauffant l'air qui les touche ou entoure leurs tuyaux, dont on multiplie à dessein les circuits pour utiliser une grande partie de la chaleur. Bien supérieurs à la cheminée, sous ce rapport, ils ne perdent guère que 6 à 8 pour 100 de la chaleur produite.

Ces poêles, outre qu'ils ne jouent presque aucun rôle dans la ventilation, ont de bien plus graves inconvénients, si l'on n'y fait pas attention ; lorsqu'ils sont portés au rouge, ils donnent lieu à la production d'oxyde de carbone, soit que, provenant du foyer, celui-ci filtre à travers la fonte surchauffée, ou que le gaz délétère procède de la combinaison de l'oxygène de l'air au carbone de la fonte à une haute température, ou enfin qu'il y ait décomposition de l'acide carbonique contenu dans l'air. De plus, quand elle arrive au rouge sombre, elle dégage une odeur de roussi dûe sans doute à la combustion des poussières organiques tenues en suspension dans l'air.

Les poêles de tôle présentent les mêmes causes d'insalubrité que les poêles de fonte, mais à un moindre degré. Les poêles en céramique, terre ou faïence ont l'avantage d'emmagasiner la chaleur, ils permettent l'aération intermittente, dans l'intervalle des classes et des études, et une fois les fenêtres closes, ils ramènent la température de la classe au degré voulu. Ils ont de plus l'avantage de ne pas livrer issue à des gaz toxiques.

En prenant les soins voulus, on peut très bien chauffer la classe avec un poêle, mais il est évident qu'une fournaise avec appareil à eau chaude et calorifères lui est de beaucoup supérieure sous tous les rapports.

Les hygiénistes d'Europe sont très en faveur d'un feu de cheminée dans la classe. La vue d'un tel foyer provoque un sentiment de gaieté et de bien-être ; c'est le mode de chauffage qui rappelle le mieux l'action du soleil ; par le rayonnement du brasier les personnes, les meubles, les objets voisins et les murs sont échauffés, si bien que tous les points de la chambre deviennent des sources de chaleur. Malheureusement la cheminée, parfaitement appropriée au chauffage d'un appartement, devient insuffisante, dans les pays du Nord, quand il s'agit d'une vaste salle contenant 40 ou 50 élèves ; elle n'utilise qu'un tiers à peine de la chaleur produite. En dépit de ces inconvénients, Layet, considérant éminemment favorable à la santé l'échauffement d'un milieu limité par le rayonnement de la chaleur lumineuse, fait des vœux pour que la cheminée soit désormais considérée comme indispensable et vienne toujours ajouter son action bienfaisante spéciale à celle d'autres appareils employés à élever la température des salles de classe. Le Conseil d'Hygiène de la Province s'associe volontiers à ce vœu très rationnel dont l'application sera malheureusement restreinte, par raison d'économie, surtout dans les écoles.

Ventilation.—Il est de notion vulgaire que la respiration altère rapidement l'air et que le séjour dans un milieu à air confiné est nuisible pour deux causes : la viciation de l'atmosphère est due en partie aux émanations qu'on a qualifiées de miasme humain, et qui sont analogues aux ptomaines, alcaloïdes organiques très toxiques qui prennent naissance dans les matières animales en putréfaction.

La viciation de l'atmosphère est généralement très élevée dans les salles d'école ; elle l'est plus que dans d'autres milieux limités. Pettenkofer a fait voir qu'un jeune garçon pesant 25 kilos exhale en une heure autant d'acide carbonique qu'un adulte d'un poids double. D'après Parises, à partir de cinq ans, les enfants doivent être traités, au point de vue de l'aération, comme des hommes en raison de l'activité relativement plus grande de leurs échanges nutritifs. Il paraît donc tout simple d'allouer aux élèves un espace cubique un peu ample, mais des nécessités de divers ordres obligent à les grouper dans un espace restreint. La quantité d'air accordée à chaque élève ne devrait pas être inférieure à quinze pieds cubes.

Les hygiénistes ne s'accordent pas sur la quantité d'acide carbonique nécessaire pour viciar l'air. Pettenkofer a indiqué le chiffre de 10 dix-millièmes ou 1 millième comme le taux de Co_2 au-delà duquel l'atmosphère n'est plus tolérable. D'autres, plus exigeants, considèrent l'air comme vicié au-delà de 6 dix-millièmes. Il faut donc établir dans quelle mesure l'air doit être renouvelé pour ne pas être impropre à la respiration. La limite de 10 dix-millièmes de Co_2 fixée par Pettenkofer comme chiffre extrême est généralement prise pour base.

On admet qu'un adulte verse en une heure dans la pièce où il respire 20 pintes d'acide carbonique. Ce chiffre paraît exagéré, quand on l'applique aux enfants pour lesquels il varie suivant l'âge. Layet, dans un excellent article sur l'hygiène des écoles, donne les proportions suivantes qui ont l'avantage de se présenter sous une forme mnémotechnique.

Ages.	Acide carbonique exhalé par heures en pintes.
Enfants de 8 à 10 ans.	10
Enfants de 11 à 13 ans.....	13
Enfants de 14 à 16 ans.....	16
Enfants de 17 à 20 ans.....	20

Donc, dans une salle de classe, 40 élèves, ayant chacun un cube de quinze pieds, soit en tout 600 pieds cubes, auront au bout d'une heure à raison de 20 pintes de Co_2 par tête et par heure, exhalé 800 pintes de ce gaz. Ce qui représentera les 40 dix millièmes de l'atmosphère de la classe, lesquels, ajoutés aux 5 dix millièmes normaux, donnent 45 dix millièmes d'acide carbonique, quatre fois et demie autant que le chiffre de millième donné par Pettenkofer comme la limite au delà de laquelle l'atmosphère devient nuisible à la respiration.

Pour empêcher le degré de viciation de devenir extrême, et ramener le taux de Co_2 au chiffre limite de 10 dix-millièmes, le calcul démontre qu'il faut verser dans la classe 120 pieds cubes d'air par élève et par heure. Par quel moyen peut-on atteindre ce but ? Il faudra recourir à la ventilation qui est malheureusement une branche encore bien peu avancée de l'art architectural.

Il faut distinguer entre la ventilation d'été et celle d'hiver. Dans les saisons tempérées, alors que le thermomètre donne sensiblement le même chiffre au dehors et au dedans de la classe, il est sans inconvénients pour les élèves d'en ouvrir toutes les fenêtres d'un côté pendant quelques minutes, à moins que les bruits extérieurs et les distractions du dehors n'y mettent obstacle. En l'absence des élèves et durant les repas, on peut ouvrir toutes les fenêtres d'un côté comme de l'autre.

Pour que le renouvellement de l'air soit réel et effectif, il faut ouvrir des

fenêtres opposées ; l'ouverture des fenêtres du même côté ne donne lieu qu'à un déplacement d'air très limité ; l'air froid entre par la partie inférieure des fenêtres et l'air chaud sort par la partie supérieure, mais ce mouvement n'intéresse que la partie voisine des fenêtres et l'air déplacé décrit une courbe à convexité regardant l'intérieur, mais qui y pénètre peu. L'ouverture des fenêtres opposées sera toujours possible pendant les saisons tempérées, en l'absence des élèves, aux heures des repas ou de récréations. Dans la mauvaise saison, les nécessités du chauffage restreignent forcément cette aération si salutaire, à moins que les intempéries extérieures, la pluie ou la neige ne l'interdisent absolument.

L'existence de fenêtres ou de baies opposées constitue pour les salles d'école un dispositif de première importance. " L'aération par les fenêtres, dit Arnould est celle qui, pour la quantité et surtout pour la pureté de l'air fourni, ramène l'homme le plus près possible des conditions dans lesquelles il se trouve en plein air. c'est-à-dire dans l'état vraiment normal. C'est une tradition que l'entrée de l'air naturel ne peut durer que très peu de temps dans la mauvaise saison, mais ces idées se sont sans doute peu à peu modifiées depuis que nous savons que la tuberculose, la pleurésie, la pneumonie procèdent de tout autre chose que des coup de vent et que l'afflux et le mouvement de l'air oxydé, atténué, annihile, les substances putrides et les germes pathogènes."

On peut se servir des fenêtres opposées en disposant à leur partie supérieure un compartiment à bascule ou à hotte qui permettra au courant d'air froid de passer au-dessus de la tête des élèves, et en somme, la masse aérienne qui pénétrera ainsi par une baie élevée est bien moins à craindre que les filets d'airs qui s'infiltreraient par les maljoins ; c'est là le procédé le moins coûteux et le plus rapide. Par malheur, dans un grand nombre d'établissements scolaires, les classes ne sont éclairées que par un seul rang de fenêtres. On peut alors pallier ce vice de construction en pratiquant des vasistas sur le mur opposé, ou bien en ouvrant dans le plafond des orifices qui livrent passage à l'air vicié échauffé par la respiration des élèves.

Tous ces systèmes ont un défaut commun, c'est d'introduire de l'air froid, ce qui n'est pas admissible dans la saison rigoureuse. On n'a pas encore réussi à trouver un mode de ventilation parfait.

Mobilier scolaire.—La disposition du mobilier scolaire est de la plus haute importance, l'attitude que prend l'élève en travaillant lui étant absolument subordonnée. Or, pendant la période de développement de l'organisme, les attitudes provoquent avec la plus grande facilité des déviations, des difformations, de la production desquelles un mobilier défectueux serait nécessairement responsable. Ce n'est pas à l'enfant à adapter son attitude à la forme du mobilier, mais à la table-banc à se modeler sur la posture qu'il doit avoir en écrivant et en lisant, en modifiant d'ailleurs ses dimensions suivant la taille de l'écolier. Une bonne attitude de l'élève lui épargne beaucoup de fatigue ; elle prévient les altérations de la vue et les graves déformations du rachis et du thorax.

Néphrectomie pour hydronéphrose avec accidents urémiques.—M. POUSSON (de Bordeaux) rapporte une observation d'un malade de 52 ans, ayant eu autrefois des coliques néphrétiques.

Ce malade fut pris subitement de phénomènes graves d'urémie : dilatation pupillaire, soubresauts de tendons, purpura. On diagnostiqua hydronéphrose occasionnant par action réflexe un arrêt de fonctionnement du rein sain. L'opération fut pratiquée, le tissu rénal incisé et drainé. En quelques jours le malade fut rétabli ; il ne se produisit même pas de fistule urinaire.

L'auteur conclut de cette observation que lorsqu'un rein est malade, le second par action réflexe peut s'arrêter, mais qu'il peut continuer à sécréter quand l'obstacle dû au rein malade été levé.—(Ind. Méd.)

REVUE DE PÉDIATRIE

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

Au Congrès Français de Médecine (session de Nancy, août 1896). MM. Roger et Haushalter ont fait des rapports sur la sérothérapie ; avec celui de M. Roger nous pouvons donner l'historique et les principes de la sérothérapie en général, et avec celui de M. Haushalter il nous est possible de fixer certains points de la sérothérapie antidiphthérique. D'ailleurs, voici l'analyse qu'on fait la *Revue des Maladies de l'enfance* du mois d'octobre 1896.

I

Avec M. ROGER on peut admettre que c'est à MM. Richet et Héricourt que revient le mérite de la découverte de la sérothérapie ou plutôt de l'hémothérapie (1888). Les autres noms qui se rattachent à cette découverte, sont ceux de Bouchard, Metchnikoff, Gamaléia, Nuttal, Behring et Kitasato, Roux et Martin, Chaillou, etc.

L'idée de la sérothérapie et sa justification semblent avoir leur origine dans les travaux sur le pouvoir bactéricide des humeurs. Les travaux expérimentaux ayant montré que le sang ou le sérum des animaux naturellement réfractaires était presque complètement dépourvu de propriétés thérapeutiques, on s'adressa pour avoir des résultats nets, à des animaux vaccinés, artificiellement immunisés. La sérothérapie emploie donc les matières fabriquées par l'organisme lui-même dans sa défense contre l'infection : elle est à la fois thérapeutique et vaccinante.

L'animal qui fournit le sérum thérapeutique peut être immunisé par trois méthodes : inoculation des microbes vivants ; injection de toxines produites dans les cultures artificielles ; injection de toxines provenant de l'organisme animal.

On peut diviser en deux groupes les maladies justiciables de la sérothérapie chez l'homme.

1° *Maladies infectieuses dont l'agent pathogène est connu* et qui sont le charbon, le choléra, la colibacille, la diphtérie, le tétanos, la lèpre, la morve, la pneumococcie, la staphylococcie, la streptococcie, la tuberculose. Si on met la diphtérie à part, la sérothérapie a donné dans les autres infections de ce groupe des résultats nuls ou incertains ou simplement encourageants.

2° *Maladies infectieuses dont l'agent pathogène est inconnu* et qui sont la rage, la vaccine et la variole, la coqueluche, les fièvres éruptives, le typhus, le rhumatisme, la syphilis. Pour ce qui est de la rage. Tizzoni et Centanni sont arrivés à préparer un sérum d'une très grande activité. Quant à la vaccine. MM. Bécclère, Chambon et Ménard ont établi que le sérum de génisse vaccinée, recueilli de 10 à 50 jours après la vaccination, possède vis-à-vis de la vaccine inoculée, des propriétés immunisantes, à la condition d'introduire sous la peau des quantités de sérum très considérables. Dans les autres maladies de ce groupe, la sérothérapie a donné jusqu'à présent des résultats incertains, pour ne pas dire nuls.

L'injection sous-cutanée des sérums thérapeutiques est dans quelques cas suivie d'une série d'accidents, indépendants de la nature du sérum et dont le type est fourni par les accidents consécutifs aux injections de sérum antidiphthérique. Parmi ces accidents on peut citer les *abcès* sous-cutanés dont l'origine, comme c'est aujourd'hui démontré, tient à un manque de soins, à une désinfection insuffisante de la peau ou des instruments, à une altération du sérum. Toute-

fois pour le sérum antiseptique, on a pu dans certain cas incriminer la présence de streptocoques virulents dans le sérum.

L'accident le plus fréquent est les *exanthèmes* qui tiennent à l'action même des sérums et ne sont guère évitables, car ils sont provoqués aussi bien par le sérum normal que par les divers sérums médicamenteux. Au point de vue morphologique ces éruptions sont ortiées, rubéoliformes, polymorphes. Leur fréquence peut être évaluée à 14 p. 100 des cas. Ils sont passagers, durent ordinairement de 3 à 6 jours et disparaissent ensuite complètement, mais récidivent dans un certain nombre de cas.

Dans certains cas l'exanthème est le seul symptôme ; d'autre fois on voit survenir en même temps de la *fièvre*, des *arthropathies* et un *état général grave*. La fièvre s'allume et atteint parfois 40° et même 41°, il y a de l'embarras gastrique et des troubles urinaires ; tout cela, de même que les arthropathies caractérisées par des douleurs occupant le plus souvent le genou, ne dure que quelques jours et les malades se remettent, restant seulement pâles et fatigués. Dans quelques cas, cependant, les accidents ont pu se prolonger pendant plusieurs semaines.

Parmi ces *accidents*, une place à part revient à ceux qu'on observe du côté des reins.

L'origine de l'*albuminurie* dans les diphtéries traitées par le sérum, est difficile à apprécier. Ce qui est certain, c'est que quand l'albuminurie existe elle n'est pas améliorée par le sérum. Certains auteurs pensent même que le sérum aggrave l'albuminurie, mais les expériences faites sur les animaux sains ou les animaux atteints de néphrite ou sur les néphritiques ont donné sous ce rapport des résultats contradictoires. D'un autre côté, il existe un groupe de cas où le sérum semble véritablement provoquer l'albuminurie : c'est lorsque survient le syndrome tardif post-sérothérapique. Dans ces cas, il est bien difficile de ne pas attribuer au sérum le trouble urinaire, car dans les diphtéries traitées par les procédés habituels, il est rare de voir l'albuminurie apparaître aussi tardivement. Le plus souvent ces albuminuries sont passagères, mais dans quelques cas elles ont pu être inquiétantes ; ailleurs le trouble rénal s'est traduit par l'*anurie*, dans quelques cas encore par une *néphrite hémorragique*. Ces cas sont graves, comme en témoignent les faits de Moizard, de Guimon et Roufflange, quelques observations évangéliques où le syndrome rénal se termina par la mort.

Parmi les autres accidents, on peut encore signaler l'*épistaxis*, les *hémorragies utérines*, les *vomissements*, les *diarrhées profuses*, dysentéroides ou sanguinolentes, les *adénopathies*, la *tuméfaction de la rate*, les *troubles cardiaques*.

Il semble aujourd'hui démontré que les accidents qui viennent d'être passés en revue sont produits par les substances albuminoïdes du sérum, comme cela résulte de nombreuses recherches expérimentales qui ont mis en lumière les dangers des transfusions sanguines et établi que les accidents relèvent des matières albuminoïdes.

Le pronostic de ces accidents, surtout quand ils se produisent au cours du traitement, est généralement bon ; les accidents vraiment graves sont ceux qui constituent le syndrome tardif.

Pour expliquer le *mode d'action des sérums*, deux théories principales sont en présence : l'une tâche de concilier les résultats de la sérothérapie avec la doctrine exclusivement phagocytaire, l'autre cherche une explication purement humorale. La question est loin d'être résolue.

* * *

La question étudiée par M. HAUSHALTER dans son rapport est d'un intérêt pratique considérable : c'est celle des *indications de la sérothérapie antidiphtérique*. Les conclusions auxquelles il est arrivé s'appuient sur une étude très détaillée de la littérature considérable de cette question. Ajoutons, que dans cette

étude M. Haushalter s'est montré surtout clinicien et que son point de vue, de même que ses conclusions seront adoptés par tous ceux qui n'oublient pas le malade derrière le bacille de Loeffler.

D'après M. Haushalter, les *angines aiguës non membraneuses à bacilles de Loeffler*, évoluant presque toujours suivant le mode des angines non diphtériques et non suivant les habitudes de la diphtérie, il paraît inutile et prématuré, sinon imprudent, d'user à leur égard du sérum. L'injection retrouvera ses droits si la diphtérie bactériologique devient diphtérie clinique, si apparaissent des membranes pharyngées ou des symptômes laryngés. Peut-être l'hésitation serait-elle permise, et l'indication de l'injection pourrait-elle se poser si, en même temps qu'un état général grave, existaient, dans l'angine aiguë non membraneuse, des bacilles longs et virulents.

Lorsque dans une *angine blanche, à fausses membranes*, l'examen bactériologique ne révèle, ni au streptocoque ou à d'autres microbes, que le bacille court, dont le rôle pathogène est fort douteux, l'hésitation au point de vue de l'application du sérum est permise (Sevestre) : l'injection ne serait formellement indiquée qu'en cas de phénomènes laryngés.

En face d'une *angine membraneuse légère à foyers circonscrits sans phénomènes généraux ou avec phénomènes généraux très atténués*, tout en se tenant prêt à faire l'injection, on doit en tout cas la différer jusqu'à connaissance de l'examen bactériologique, qui décidera s'il s'agit d'une angine diphtérique ou exceptionnellement d'une angine membraneuse à streptocoques (Sevestre, Variot, etc.) ; si l'examen bactériologique affirme l'existence du bacille de Loeffler, l'injection peut encore être différée, quand le processus diphtérique est circonscrit, non extensif : la guérison de ces formes est la règle ; une seule injection pratiquée dans ces cas se bornera à hâter le décollement ou l'émiettement de la fausse membrane. Si, dans l'intervalle de l'examen bactériologique le processus est devenu extensif, il sera fait sans hésitation une injection de 10-20 cent. cubes, suivant l'âge du malade et le degré de l'extension. Ordinairement, après la première injection il ne se développe plus de nouvelles membranes ; quelquefois, au 3e jour, si le détachement de la fausse membrane n'est pas effectué, on peut, pour le provoquer, pratiquer une nouvelle injection de 5-10 cent. cubes (Perregaux).

Si les *exsudats pharyngés s'annoncent d'emblée multiples ou très extensifs*, sans attendre l'examen bactériologique, l'injection sera pratiquée immédiatement ; elle sera faite sans répit aussi, quand avec les *membranes pharyngées étendues ou même circonscrites*, il existe des *troubles laryngés*, même légers, ou quand, en l'absence de lésions pharyngées ou nasales, il existe des *phénomènes de suffocation*, le croup d'emblée étant plus fréquent que la laryngite simple suffocante (Variot). Dans l'indication de la sérothérapie antidiphtérique les signes cliniques doivent donc presque toujours primer les données de l'examen bactériologique.

Si dans une angine membraneuse, la recherche bactériologique révèle au moyen des cultures l'*association du bacille de Loeffler et du streptocoque*, les colonies du streptocoque se montrant en fins pointillés entre les colonies de bacilles diphtériques, le sérum sera injecté à doses plus fortes et plus répétées (Perregaux) ; bien que, d'après Sevestre, dans la diphtérie associée au streptocoque, le sérum puisse quelquefois provoquer des symptômes effrayants, ces accidents ne suffisent pas, étant donné leur peu de gravité à empêcher l'injection dont les effets bienfaisants l'emportent de beaucoup.

Cependant Hutinel, ayant vu après une injection de sérum la mort se produire au milieu de symptômes rappelant l'infection streptococcique, dans un cas d'angine diphtéroïde chez un enfant porteur de grosses amygdales, et dans un cas d'angine scarlatineuse à bacille de Loeffler, conseille de ne pas trop se hâter, dans des faits de ce genre, à user de la sérothérapie, et d'attendre que l'examen bactériologique ait démontré la présence de bacilles longs et nombreux, les amygdales

hypertrophiées recélant habituellement le streptocoque dans leurs cryptes, et l'angine scarlatineuse étant presque toujours à streptocoques purs ou associés.

D'après Martin, tout enfant qui, en même temps que la diphtérie, présente des signes de broncho-pneumonie, doit recevoir 20 cent. cubes de sérum anti-diphtérique, et sans attendre l'examen bactériologique, 10 cent. cubes, de sérum antistreptococcique (1), la broncho-pneumonie dans la diphtérie étant presque toujours de nature streptococcique.

En cas de croup, quelques indications spéciales s'imposent. En présence de diphtérie avec tirage et même simplement avec toux rauque, Chaillou recommande d'injecter immédiatement 20 cent. cubes de sérum, puis 12 heures après, 20 autres centimètres cubes : si 36 heures après la première injection le tirage a disparu, si la température tend à descendre il est inutile de pratiquer une nouvelle injection ; si 12 heures après la deuxième injection, le tirage persiste on injecte de nouveau 10 cent. cubes. Perregaux, dans sa thèse, donne la préférence aux inoculations de doses fractionnées et répétées, 5-10 cent. cubes matin et soir.

Sevestre et Méry conseillent de retarder toute intervention opératoire, même en cas de tirage sus et sous-sternal accentué, tant que le cœur se contracte bien, tant que le pouls est bon, tant que les lèvres ne blanchissent pas : les accès de dyspnée contre-indiquent l'expectation. En surveillant attentivement l'enfant après l'injection, on peut très souvent lui faire traverser les premières heures sans opération : passé ce moment, dans les cas habituels, les membranes sont en voie de décollement et ne se reforment plus : le danger est en partie conjuré.

Quand au moment de l'injection, ou après l'injection, existent des signes appelant une intervention opératoire urgente, le choix s'offre entre la trachéotomie et le tubage : tubés ou trachéotomisés, les enfants doivent recevoir en moyenne 40 cent. cubes de sérum dans les deux premiers jours ; pour les poulx âgés de moins de 18 mois, on inocule en une seule fois autant de grammes de sérum que l'enfant a de mois (Chaillou). Les injections peuvent être faites en une seule fois chaque jour ou à dose fractionnée matin et soir.

Quand, chez les tubés ou les trachéotomisés, l'examen bactériologique démontre avec le bacille de Lœffler d'abondantes colonies de streptocoques, Martin recommande, pour éviter la broncho-pneumonie secondaire, d'injecter 10 cent. cubes de sérum antistreptococcique ; la mort, après l'opération, est effectivement due, dans la plupart des cas, soit à la bronchite membraneuse, soit surtout à la broncho-pneumonie ; mais actuellement, une stricte prophylaxie de la broncho-pneumonie par l'isolement des malades atteints d'infections secondaires, reste encore le moyen le plus sûr d'éviter les complications broncho-pulmonaires.

Avec l'usage du sérum l'intubation du larynx dans le croup a trouvé de nombreux et chauds partisans : d'après Roux le tubage doit être, depuis la sérothérapie, la méthode de choix. Pratiquement, d'après Chaillou, il n'existe pas de signes qui puissent faire prévoir qu'un croup guérira par la trachéotomie, alors que le tubage aurait été suffisant. En tout cas, pour Sevestre et Méry, le tubage doit être réservé aux croups traités par le sérum : il est, dans ces cas, un palliatif qui permet d'attendre la chute de la membrane, et depuis la sérothérapie il peut être pratiqué à la dernière extrémité, lorsque l'attente est impossible ; l'état de mort apparente même, qui pour Variot est une indication de la trachéotomie, ne serait pas, d'après Chaillou, une contre-indication au tubage. Avant de se décider à la trachéotomie, le tubage, d'après Sevestre, doit généralement être tenté. Pour Chaillou, dans la majorité des cas où le tubage a échoué, la trachéotomie a été insuffisante ; cette opinion serait trop absolue,

(1) Un travail de PETRUSCHKY, paru ces jours derniers sur le sérum anti-streptococcique (*Zeitschr. f. Hygiene*, 1896, vol XXII, fasc. 3, p. 485.) aboutit à la conclusion que le sérum de Marmorek est dépourvu de toute propriété thérapeutique et que la sérothérapie antistreptococcique n'existe pas encore (H. R.)

si l'on s'en rapporte à la statistique de Variot, ou, sur 48 trachéotomisés secondairement au tubage, il y eut 8 guérisons. Lorsque le tubage est pratiqué dans les 24 heures qui suivent l'injection de sérum, le tube peut souvent être enlevé au bout d'un jour ou deux.

Dans les cas de croup traités par le sérum et la trachéotomie, le détachement des fausses membranes permet ordinairement d'enlever la canule au bout de 4 à 5 jours, exceptionnellement au bout de 5 à 6 jours; 2 ou 3 jours suffisent ordinairement pour la guérison de la plaie trachéale (Sevestre et Méry).

Bien que, pour beaucoup de médecins d'hôpitaux d'enfants, la trachéotomie depuis l'application du sérum soit considérée comme une opération d'exception, il est des cas cependant bien déterminés où elle s'impose; tandis que l'intubation peut rester ou peut devenir en ville ou dans les hôpitaux le procédé de choix, elle est impossible à appliquer à la campagne ou dans les milieux où l'enfant ne peut être soumis à une surveillance continue et exercée. La trachéotomie est indiquée lorsqu'on ne peut placer ni un tube long, ni un tube court, ni un tube de l'âge au-dessous; elle est indiquée lorsque l'intubation n'amène pas de soulagement, lorsque les essais de tubage s'accompagnent d'expulsion réitérée du tube, ou d'asphyxie à chaque tentative; elle est indiquée enfin lorsque le croup s'accompagne de spasmes du larynx à répétition ou d'œdème de la glotte (Variot, Bensaude et Rist, etc.): elle est préférable chez les enfants affaiblis par la dyspnée ou par un long tirage, parce qu'elle permet aux quintes de toux d'expulser plus facilement les membranes par la canule (Perregaux); elle est formellement indiquée chaque fois que le croup a dépassé le larynx, et qu'il y a rejet de fausses membranes ramifiées (Martin, Variot); elle est indiquée aussi lorsque le croup s'accompagne de l'expulsion de muco-pus à flots, indiquant une trachéite ou une bronchite associée (Variot).

De son côté, l'intubation est contre indiquée dans la diphtérie toxique où la mort survient bien plus par empoisonnement que par dyspnée, dans la broncho-pneumonie étendue et dans la bronchite membraneuse (Chaillou).

Quant à la valeur des injections prophylactiques, M. Haushalter, en considérant que l'action préventive est tout à fait passagère, pense qu'il demeure actuellement parfaitement légitime de s'abstenir, le cas échéant, de l'emploi des injections préservatrices.

Nous n'avons pas à nous arrêter sur les résultats de la sérothérapie dans la diphtérie simple ou compliquée de croup. Les nombreuses statistiques que cite M. Haushalter viennent à l'appui de tout ce qu'on sait sur la diminution de la mortalité, sur l'influence des injections précoces, de l'âge des malades, de la gravité de la maladie, des associations microbiennes, etc.

La discussion de ces deux rapports a donné lieu à plusieurs communications, parmi lesquelles nous n'en trouvons qu'une seule à signaler: celle de M. Anset, relative à un cas de mort par accidents post-sérothériques tardifs, survenus 12 jours après l'injection de sérum diphtérique. Il y eut de l'érythème généralisé, de l'hypothermie, de l'albuminurie, de la prostration des forces. La mort aurait été dans ce cas le résultat d'une infection pulmonaire secondaire développée à l'occasion du trouble profond subi par l'organisme du fait de l'injection.

De l'hydrorrhée péritonéale.—M. Ch. Monod (de Paris) signale un fait qui se produit quelquefois après une intervention sur le péritoine. Ce phénomène consiste en un écoulement abondant qui rappelle l'urine. L'auteur cite une observation de cette singulière affection. Après de longs mois on se décida à une opération. On suivit la fistule par où filtrait le liquide et on arriva sur des cavités sereuses qui furent drainées, mais inutilement. Une seconde opération ne permit pas de découvrir la cause de cette hydrorrhée. Par la suite, la maladie guérit spontanément. Quelle est l'explication de ce phénomène? L'orateur pose la question au Congrès, sans pouvoir ne donner lui-même que des suppositions.

(Ind. Méd.)

FORMULAIRE

Potion contre l'épistaxis rébelle ou tamponnement des fosses nasales.

Sublimé.....	6 centigr.
Acide chlorhydrique médicinal.....	} fâ 8 grammes
Teinture de chanvre indien.....	
Ergotine.....	2 grammes
Sirop simple.....	30 —
Infusion de quassia amara.....	225 —

F. s. a. A prendre : trois cuillerées à bouche par jour, dans un quart de verre d'eau.

Traitement des engelures. °

Ichtyol.....	} fâ 1 gramme
Résorcine.....	
Tannin.....	
Eau.....	5 —

En badigeonnage chaque soir.

Ou encore :

Résorcine.....	2 grammes
Mucilage de gomme arabique.....	} fâ 4 —
Eau.....	
Poudre de talc.....	1 —

En badigeonnage le soir.

(Bæck.)

Traitement des brûlures.

1° Brûlures au premier degré :

Oxyde de zinc.....	5 grammes
Carbonate de magnésie.....	10 —
Ichtyol.....	102 —

M. s. a. Applications locales.

2° Brûlures au deuxième degré :

Oxyde de zinc.....	5 grammes
Craie préparée.....	} fâ 10 —
Poudre d'amidon.....	
Huile de lin.....	
Eau de chaux.....	
Ichtyol.....	1 à 3 —

Renouveler toutes les vingt-quatre heures.

(LEISTIKOW.)

Sirop composé pour le traitement interne de l'eczéma chronique.

Sirop iodotannique.....	300 grammes
Biphosphate de chaux.....	15 —
Liqueur de Pearson.....	10 —

Mêlez. A prendre : une cuillerée à bouche matin et soir.

(GAUCHER et PERRIN.)

Insomnie nerveuse.

Paraldéhyde.....	2 grammes
Extr. fl de piscidia.....	4 —
Infus de laurier-cerise.....	40 —

Prendre à l'heure du coucher, dans de l'eau sucrée

Hémoptysies.

Ergotine.....	5 grammes
Chlorhydrate de morphine.....	4 centgr.
Antipyrine.....	1 gr.
Sulfate de spartéine.....	20 centg.
Eau distillée.....	q. s. p. 10 gr.

En injections sous-cutanées.

Ne pas dépasser 4 ou 5 seringues de 1 gr.

Faire ces injections de demi-heure en demi-heure, ou de quart d'heure en quart d'heure suivant les cas.

Poudre diurétique rafraîchissante. — (CHABLE.)

Sucre de lait.....	10 gr.
Bicarbonate de soude.....	0 gr. 50
Nitrate de potasse.....	0 — 30
Sucre pulvérisé.....	40 —
Essence de citron.....	deux gouttes.

M. S. A.

Pour un litre d'eau.

A prendre dans la journée.

Contre le prurit vulvaire.

Sulfate de morphine.....	35 centigr.
Acide borique.....	6 grammes
Eau camphrée.....	180 —

Faire des lotions avec ce mélange.

Poudre composée pour le traitement des chancres. (MAJOCCHI.)

Iodol.....	{	ââ 5 grammes
Calomel.....		

Mélez. — Usage externe.

Il faut appliquer cette poudre sur le chancre après nettoyage, désinfection et assèchement complet de l'ulcération. Sous l'influence de ce traitement, on obtiendrait une cicatrisation relativement rapide aussi bien du chancre mou que du chancre syphilitique.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Directeur-Gérant : - - - - - **Dr J. B. A. LAMARCHE**

Rédacteur en chef : - **Dr E. P. BENOIT**

MONTRÉAL, DÉCEMBRE 1896

BULLETIN MÉDICAL

Sur un cas de maladie de Werlhoff

Le Dr BARBARY relate un cas de maladie de Werlhoff (purpura hæmorrhagica) survenu chez une enfant de trois ans, dont la santé avait toujours été excellente. Une épistaxis violente, ainsi qu'un melena abondant s'étaient produits et, l'état général devenant inquiétant, le Dr Barbary fit prendre plusieurs fois par jour du thé contenant par tasse 20 à 30 grammes de cognac. Sous l'influence probable de ce traitement, une amélioration se produisit et la petite malade guérit. (*Journal de Médecine de Paris*, N^o. 35, p. 415, 1896.)

Technique des injections sous-cutanées de mercure par A. RENAULT

(*Journal des Praticiens*, No 38, p. 59, 3-1896.)

De la technique des injections de mercure solubles il y a peu de choses à dire parce qu'elle ne diffère pas de la technique employée dans les injections faites avec d'autres substances ; d'ailleurs on leur préfère généralement les injections insolubles ; il sera donc uniquement question de ces dernières.

L'examen préalable du malade est d'importance capitale : il faut que les gencives soit en parfait état ; soigner, s'il y a lieu, les caries préexistantes et enlever les chicots.

Le foie et les reins doivent fonctionner à souhait. Enfin il faut éliminer les sujets débilités par une maladie de longue durée, les tuberculeux et les cardiaques avancés, les cachectiques, quels qu'ils soient, les vieillards en un mot tous ceux qui ne présentent pas des conditions suffisantes de résistance. Il faut se méfier de l'état variqueux.

Le choix du composé mercuriel doit porter sur le calomel, l'huile grise et l'oxyde jaune ; mais l'oxyde jaune est à peu près abandonné aujourd'hui, étant moins efficace que le calomel et plus dangereux que l'huile grise. Le débat

doit donc se circonscrire entre ces deux substances. Le calomel détermine de vives douleurs, mais est plus efficace.

Si l'on veut se servir du calomel, la formule sera la suivante :

Calomel à la vapeur..... 5 ou 10 centigrammes
suivant la quantité que l'on se propose d'injecter.

Huile d'olive..... 2 grammes.

Pour un centimètre cube.

Des diverses formules d'huile grise la meilleure est celle-ci :

Mercure purifié..... 20 grammes

Lanoline..... 5 —

Vaseline liquide..... 35 —

Dans ce mélange un dixième ou 2 gouttes d'une seringue de Pravaz, de la contenance d'un centimètre cube, équivalent à 5 centigrammes de mercure métallique.

On se servira d'une seringue pouvant être aisément stérilisée.

L'injection peut se faire soit au niveau de la fossette rétro-trochantérienne (point de Smirnof), soit au niveau de la région fessière supérieure.

La seringue ayant été stérilisée, puis remplie et l'aiguille (en platine iridié) flambée au rouge, d'autre part la peau ayant été lavée avec la liqueur de Van Swieten, on pratique l'injection profondément dans l'épaisseur du muscle de la région choisie, après s'être assuré qu'il ne sort pas de sang par l'aiguille. On recouvre d'une couche de collodion le lieu de la piqûre et l'on recommande au malade de garder autant que possible le repos au lit pendant deux à trois jours.

L'intervalle entre chaque injection est de huit à dix jours en moyenne ; on ne dépassera pas le nombre de 4 à 5 piqûres, tout au moins pour une série. Un mois de repos sera intercalé entre chaque série.

G. L.

(*Rev. de Thér. Méd.-Chir.*)

Solutions chaudes de cocaïne pour l'anesthésie locale, par TITO-COSTA

(*Wratsch*, 1896, No 26.)

Des expériences entreprises en grand nombre ont démontré que les solutions diluées de chlorhydrate de cocaïne (1 p. 200) sont douées d'une action anesthésique locale énergique et presque immédiate, lorsque leur température est portée à 50 ou 55. Par ce moyen, on peut abaisser de moitié, et même davantage, le titre des solutions, et éviter tout accident d'intoxication.

Autre avantage : à concentration égale, les solutions chaudes anesthésient une surface beaucoup plus étendue que les mêmes solutions froides, ce qui n'est pas à dédaigner si l'on veut employer l'anesthésie cocaïnique pour une grande opération.

La température de choix est de 50 à 55°.

M. S.

(*Rev. de Thér. Méd.-Chir.*)

COURRIER DES HOPITAUX

HOPITAL NOTRE-DAME

Notes du Dr W. Derôme, interne en chef.

Durant le mois de novembre, 82 opérations ont été pratiquées dans le service de chirurgie.

Parmi les plus intéressantes, une ligature des veines du scrotum pour varicocèle ; une cure radicale d'hydrocèle ; une résection du rectum pour rétrécissement fibreux d'origine syphilitique chez une alcoolique. Deux jours après l'opérée succombait au choc opératoire presque toujours fatal chez les alcooliques.

Entre autres affections cancéreuses, je mentionnerai un épithélioma du scrotum ; deux épithéliomas de la lèvre inférieure ; une extirpation des glandes sous-linguale et maxillaire chez un homme dans la cinquantaine, opéré il y a un an pour épithélioma de la lèvre inférieure ; un cancer du rectum ; deux cancers du sein ; un ostéo-sarcome intéressant le maxillaire supérieur dans presque toute son étendue.

Les fractures et entorses n'ont pas été rares ce mois-ci ; les fractures exposées ont été de mode pour ainsi dire. Une entre autre, chez un homme de 43 ans, artério-scléreux avancé, a présenté une difficulté de réduction assez considérable. La fracture siège au tiers moyen avec déchirure de la peau à la partie interne de la jambe et donne du sang veineux en abondance. Une esquille assez considérable vient s'interposer entre les fragments, empêche la réduction et menace de perforer la peau au niveau de la fracture dans la ligne de la crête du tibia. Une injection de cocaïne à 2/100 et une incision au niveau de l'esquille en permet l'extraction. Le sang épanché trouve une issue plus large et plus facile, la réduction est faite et après suture aux crins de Florence, un pansement compressif est enroulé autour de la jambe et le clissage ordinaire est appliqué. Le tout fait avec la propreté la plus scrupuleuse, aidée de l'antiseptie ordinaire, notre malade n'eut pas la moindre élévation de température.

Au dispensaire se présente un individu de 32 ans, alcoolique, avec une plaie d'à peu près cinq pouces de long sur la face externe du bras, intéressant tous les tissus jusqu'aux os. La plaie venait d'être faite avec un couteau de poche et était enveloppée de linges que la buanderie n'avait probablement pas vus depuis au-delà de six mois. Après une hémostase complète et un lavage soigneux avec une solution de sublimé au 1/1000, la blessure est refermée par un triple plan de sutures au "catgut" préparé à l'acide chromique, et parfaitement stérilisé. Une clisse postérieure partant du dedans de la main immobilise le bras et contre-carre l'action des fléchisseurs sur les extenseurs. Le 4^{ème} jour le pansement défait ne laisse voir aucune trace d'inflammation. Une autre plaie au thorax, beaucoup plus grande, traitée avec les mêmes précautions, guérit avec les mêmes résultats.

J'oubliais un cas de sarcome du testicule et de l'épididyme chez un enfant de 2½ ans, chez qui la castration a été faite avec succès.

Dans le service de gynécologie, rien n'a manqué pour rendre la clinique intéressante.

Dans le service d'ophtalmologie, les cas d'empyème de l'antra, d'Higmore, semblent être à la mode. Quelques cas d'inflammation de l'apophyse mastoïde ajoutent à l'intérêt du service complété par le grand nombre de patients qui fréquentent le dispensaire et fournissent à la clinique une matière abondante et variée que M. le Dr Foucher ne manque pas de mettre au profit des élèves.

Dans le service de médecine, un cas d'asthme chez une femme de 33 ans avec avortement intercurrent, présente un aspect assez particulier.

Voici en résumé son histoire.

Rien de remarquable dans ses antécédents du côté de sa famille.

Sujette aux bronchites depuis l'enfance ; des accouchements très laborieux l'ont affaiblie.

A son entrée, la malade se plaint de difficultés respiratoires

L'attaque débute par un violent mal de tête avec élancements dans la région occipitale, puis vient une oppression angoissante. La durée des attaques est très variable. Les jambes lui enflent assez souvent. Elle se plaint d'étourdissements fréquents. L'auscultation du cœur est presque impossible, à cause des râles sibilants disséminés partout dans les poumons. L'inspiration est plus courte que l'expiration, et le murmure vésiculaire est à peine sensible.

La patiente est enceinte de trois mois : une violente attaque d'asthme survient, la malade se met à perdre le midi et ne mentionne le fait que le soir, quand l'écoulement, d'abord léger, devint soudainement avec l'expulsion d'un fœtus et de caillots, un flot continu assez considérable.

Le pouls est à 140 ; la face exsangue ; la peau moite, tout indique un avortement avec hémorrhagie abondante. Après un vain effort pour arrêter l'hémorrhagie, le Docteur Lamarche, professeur d'accouchement, est appelé en l'absence du chef de service. Une injection de sérum artificiel de 8 onces, suivie d'une injection hypodermique d'éther est aussi faite. Les injections chaudes intra-utérines sont suspendues pendant quelques temps pour permettre un curettage. Une nouvelle injection est faite, et un tamponnement intra-utérin et vaginal triomphent finalement de l'hémorrhagie.

L'asthme disparaît complètement depuis le moment de l'avortement, et la malade a quitté l'hôpital complètement rétablie des suites de son avortement et de son asthme.

Abcès du cerveau d'origine otique.—M. BROCA (de Paris) relate un cas d'abcès du lobe temporal, guéri après trépanation. Il s'agit d'une jeune fille de 14 ans, atteinte d'otiorrhée depuis plusieurs années. Dans les premiers jours de juin 1896, elle fut prise d'accidents aigus, peu à peu aggravés, qui permirent de diagnostiquer un abcès cérébral.

M. Broca fit immédiatement la trépanation de l'apophyse et de la caisse, puis, selon le procédé qu'il préconise depuis plusieurs années, il ouvrit la fosse temporale au-dessus du plafond de l'aditus ad antrum et draina de la sorte l'abcès du cerveau. Dès le lendemain, l'enfant sortit du coma et actuellement elle est complètement guérie et de l'abcès du cerveau et de l'otite moyenne.—(Ind. Méd.)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Nous sommes heureux de porter à la connaissance de ceux de nos lecteurs qui n'en auraient pas été informés le document ci-dessous. La réforme proposée est on ne peut plus opportune et le Bureau provincial aura bien mérité de la Profession s'il réussit à la débarrasser de cet opprobre qu'elle subit depuis bien trop longtemps déjà.

BUREAU PROVINCIAL DE MÉDECINE

Extrait des minutes de l'assemblée du Bureau Provincial de Médecine, tenue à Québec, le 25 septembre 1895, dans les Salles de l'Ecole de Médecine de l'Université Laval.

Proposé par le Dr S. Gauthier, secondé par le Dr Beausoleil, et résolu :
 " Qu'un comité composé des membres de la Législature, avec le proposeur et le secondeur, soit autorisé à étudier les règlements et constitutions des différentes sociétés de bienveillance, faisant affaire dans la province de Québec, et qu'il soit résolu que ce comité prenne les moyens de faire disparaître les règlements despotiques que ces Associations, soi-disant philanthropiques, imposent à la profession médicale. Que le Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec, réproouve la conduite des membres de ce Collège qui s'engagent vis-à-vis de ces sociétés, à faire de la pratique des loges, avec salaire fixé d'avance ;

" Qu'il est dérogatoire à l'honneur et à l'étiquette professionnels de s'engager dans tous les cas, à dévoiler le nom, la cause et la nature de la maladie des membres de ces Associations ;

" Que ce comité s'abouche avec les différents bureaux de direction de ces associations de secours mutuel, afin qu'elles fassent disparaître de leurs constitutions les clauses obligeant les médecins à certifier, à assermenter même, les causes de demandes de bénéfices de leurs associés ; ces obligations étant une cause d'abus criants dans un grand nombre de circonstances. en même temps qu'elles exposent la profession médicale au discrédit public."

Vraie copie.

A.-G. BELLEAU,
 Secrétaire, C. M. & C. P. Q.

Extrait des minutes de l'assemblée semi-annuelle du Collège de la Province de Québec qui a eu lieu dans les Salles de l'Université Laval, à Montréal, le 2 juillet 1896.

Le Dr S. Gauthier secrétaire du comité de législation, fait rapport comme suit :

" Rapport du comité de législation.

" Attendu que le Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec est de droit le protecteur des intérêts de la profession médicale, il est

instamment sollicité de prendre en sérieuse considération les résolutions de son comité de législation qui a siégé à Montréal, le 10 juin 1896. Ce comité a résolu qu'il était de nécessité absolue de protéger les membres du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec contre les empiètements des sociétés de bienfaisance faisant affaire dans la province de Québec.

" Les règlements de ces associations qui imposent aux médecins des prix fixés d'avance pour leurs services, sont d'un suprême ridicule, et doivent être amendés. Le comité de législation demande au Collège des Médecins et Chirurgiens de déclarer que la conduite des médecins qui acceptent les règlements de ces différentes sociétés de secours mutuel est dérogoire à l'honneur professionnel, et qu'ils deviennent par le fait même, justiciables du conseil de discipline.

" L'intérêt de la profession médicale en général exige que les membres de ces différentes associations restent libres quant au choix du médecin, et que les sociétés de bienfaisance se contentent du certificat de tout médecin qualifié dûment en règle avec le Collège des Médecins et Chirurgiens.

" Il est dérogoire à l'honneur, et à l'étiquette qu'un médecin fasse partie du bureau de direction de ces associations, et se permette de contrôler, (soit en visitant les patients de ses confrères, soit en revisant leurs certificats,) d'influencer la clientèle de tout un arrondissement.

" En effet, nous constatons que les certificats de médecins non affiliés, certificats qui exigent la spécification de la cause, de la nature de la maladie, passent entre les mains de médecins acceptant à vil prix de faire de la pratique des loges, et sont sujets à des commentaires plus ou moins malins.

" Cette position n'est plus tenable, et la partie respectable de la profession médicale n'est plus disposée à supporter de telles avanies. Si les sociétés de bienveillance qui sont certainement appelées à faire du bien, veulent comprendre leur intérêt, qu'elles fassent disparaître les clauses arbitraires de leurs règlements, sinon la profession médicale sera forcée de se protéger.

" Nous constatons un soulèvement général contre ces abus; les médecins de toutes les parties du monde où existent ces associations souffrent de ces monopoles."

A.-P. CARTIER, M. D.

J.-M. BEAUSOLEIL, M. D.

J.-C.-S. GAUTHIER, M. D.

Ce rapport est adopté sans discussion.

Vraie copie.

A.-G. BELLEAU,

Secrétaire, *C. M. & C. P. Q.*

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION

Il a été décidé que la grande réunion de l'Association Médicale Anglaise qui doit avoir lieu à Montréal l'été prochain comptera au moins douze sections, à savoir : Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Gynécologie, Médecine publique, Pharmacologie et Thérapeutique, Pathologie et Bactériologie, Anatomie et Physiologie, Psychologie, Pédiatrie, Ophthalmologie, Laryngologie et Otologie,

Orthopédie et Dermatologie. Ces différentes sections tiendront leurs assemblées dans les bâtisses du McGill et dans les Collèges de Théologie environnants situés à quelques minutes de marche les uns des autres, ce qui permettra aux membres de l'Association de suivre facilement les travaux qui les intéressent plus particulièrement dans les différentes sections.

Afin d'éviter l'encombrement on a décidé d'élever une construction temporaire d'environ 100 x 50 pieds pour y installer le contrôle, les bureaux pour programmes quotidiens, la poste, le télégraphe et le téléphone ainsi que celui des secrétaires et le bureau de renseignements. Les assemblées générales et les discours d'ouvertures auront lieu dans la salle du Windsor qui contient 3,000 sièges. Le musée (Instruments, préparations thérapeutiques, etc.) sera installé au Victoria Rink, situé à égale distance du McGill et du Windsor on se propose de faire de ce musée un des principaux points d'attraction de la réunion.

Les médecins qui désirent devenir membres de l'Association pour l'an prochain feront bien d'en faire la demande sans retard, afin d'être admis à l'assemblée de décembre. La contribution est de \$5.50 et leur donne droit à un an d'abonnement gratuit du journal de l'Association le *British Medical Journal*.

Le secrétaire de la section de Montréal, le Dr. J. G. Adami, Université McGill, fournira des blancs d'application sur demande

Nul doute que tous les médecins qui le pourront profiteront de cette occasion unique de connaître les célébrités européennes et de se mettre au courant de leurs travaux.

CHRONIQUE

Les sœurs de l'Hôtel-Dieu ont décidé de faire construire une aile à leur hôpital. Elle sera exclusivement consacrée au dispensaire des yeux et des oreilles et à celui des maladies des femmes. Cette nouvelle construction est devenue nécessaire par suite du nombre toujours croissant des malades.

Le *Mathews' Medical Quarterly*, de Louisville, Ky., a changé son titre pour celui de *Mathews' Quarterly Journal of Rectal and Gastro-intestinal diseases* pour donner une idée précise de la spécialité dont s'occupe la publication. Du reste, rien n'est changé dans la rédaction. C'est le seul journal du genre publié en langue anglaise.

A sa neuvième assemblée annuelle, tenue à Richmond, Va., l'"American Association of Obstetricians and Gynecologists" a élu comme président le Dr James F. W. Ross, de Toronto, et a fixé comme lieu de sa prochaine réunion Niagara Falls, N. Y., et comme date les mardi, mercredi, jeudi et vendredi, les 17, 18, 19 et 20 août 1897.

M. le Dr. E. T. Belleau, d'Arthabaskaville et M. le Dr Brassard, de Stanfold, ont été nommés coroners conjoints pour le district d'Arthabaska, à la place du Dr Chèvrefeils nommé inspecteur des prisons.

M. le Dr J. E. Blondin a été nommé médecin de la prison d'Arthabaska en remplacement de M. le Dr Belleau.

La direction du journal "Nervous & Mental Disease," de New-York, annonce les changements suivants dans son personnel pour 1897.

Rédacteurs : Dr Chs. L. Dana, Dr F. X. Dercum, Dr Chas. K. Mills, Dr Philip Combs Knapp, Dr B. Sachs, Dr Jas. J. Putnam, Dr M. Allen Starr.

Assistants rédacteurs : Dr Philip Meirowitz, Dr Wm. G. Spilleo.

Gérant : Dr Chs Henry Brown, 25 West 45th Street, New-York, à qui toutes communications doivent être adressées.

Le Dr Roddick, président de la *British Medical Association*, a convoqué le 21 septembre dernier la profession médicale dans les salles de la *Medico-Chirurgical Society*. Plus de cinquante médecins se sont rendus à l'appel. Après le discours du président, expliquant qu'il s'agissait de s'organiser pour recevoir au delà de 1200 médecins étrangers, dont la plupart seraient accompagnés de leur femme, le secrétaire donna la liste des différents comités et de ce qu'ils avaient à faire, puis l'on procéda à l'élection des membres. Les comités, au nombre de neuf, sont composés de médecins des deux langues, et tout promet une organisation active et complète. Le comité des finances, pour sa part, s'est déjà mis à l'œuvre; il s'agit de se procurer les \$15,000 que coûtera cette réception de l'Association Médicale Anglaise. Le gouvernement d'Ottawa a promis de fournir \$500 pour sa part.

BIBLIOGRAPHIE

LEJARS.—Œuvres de Léon Le Fort, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, publiées par le Dr F. LEJARS, professeur agrégé à la même Faculté. *Tome Troisième* complétant l'ouvrage : *Chirurgie*. (1 fort volume gr. in-8°, avec gravures dans le texte, 20 fr.—Félix Alcan éditeur.)

Les deux premiers volumes de l'Œuvre de Le Fort ont été consacrés l'un à l'Hygiène hospitalière, à la Démographie et à l'Hygiène publique; le second à la Chirurgie militaire et aux questions d'enseignement. (1)

Ce troisième volume contient les travaux de Chirurgie propres au professeur qui fut en même temps un praticien du plus grand mérite.

On retrouvera dans ce volume les principales leçons de clinique chirurgicale professées par M. Le Fort à la Faculté de Médecine, ses observations et ses procédés opératoires dont quelques-uns sont devenus classiques, ainsi que la description des instruments et appareils prothétiques que son esprit ingénieux avait imaginé et qui sont encore employés avec succès dans la pratique journalière de la chirurgie.

(1) Voir l'Union Médicale du Canada, septembre 1895 et mars 1896.

DUVAL.—*Précis d'Histologie*, par MATHIAS DUVAL, professeur d'histologie à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine. 1 volume in-8 de XXXII-956 pages, avec 408 fig. dans le texte. 18 fr.

Depuis longtemps sollicité par ses élèves de leur donner en un volume la substance de ses cours, le professeur Mathias Duval s'est enfin décidé à publier ce *Précis d'Histologie* qu'il a rédigé après avoir mûri son enseignement par de nombreuses conférences comme agrégé, puis par plus de dix ans de professorat dans la chaire magistrale qu'il occupe aujourd'hui. On retrouve dans ce volume les qualités qui ont fait le succès de son enseignement : clarté et précision dans l'exposé des faits ; haute portée philosophique dans les vues générales ; soin extrême de suivre les progrès les plus récents de la science, mais en n'acceptant les faits nouveaux qu'à la lumière d'une sévère critique. Des nombreuses figures qui illustrent ce volume, les unes sont empruntées aux maîtres les plus autorisés, les autres, nouvelles originales, sont pour la plupart des dessins schématiques reproduisant les dessins que M. Mathias Duval a composés pour son enseignement. L'auteur les a dessinés lui-même, et cela ne sera pas un des moindres mérites de cette œuvre magistrale.

ADRIEN POZZI.—*Manuel théorique et pratique d'Accouchements*, par le Dr ADRIEN POZZI, professeur à l'École de Médecine de Reims, ancien médecin des hôpitaux de Paris. (1 volume in-18 de 474 pages, cart. à l'anglaise, avec 138 grav. dans le texte. 4 fr.—Félix Alcan éditeur.)

Ce livre s'adresse aux praticiens, aux étudiants en médecine et aux sages-femmes. Ses principales divisions comprennent : “ la symptomatologie et la “ physiologie générale de l'accouchement, l'étude clinique et pratique de la “ grossesse et de l'accouchement, une étude clinique des différentes présenta- “ tions en particulier, la pathologie de la grossesse, la dystocie, les complications “ de l'accouchement et de la délivrance, la grossesse extra-utérine, les interven- “ tions obstétricales, la pathologie des suites de couches, les soins à donner à “ l'enfant, la pathologie du nouveau-né.”

Cet ouvrage répond en outre aux programmes des examens des sages-femmes et, avec l'*Anatomie et la Physiologie génitales et obstétricales* du même auteur, correspond à l'enseignement complet des maternités.

ICARD.—*La mort réelle et la mort apparente, Nouveaux procédés de diagnostic et traitement de la mort apparente*, par le Dr S. ICARD. (1 vol. in-12 avec gravures, cartonné à l'anglaise, 4 fr.—Ouvrage récompensé par l'Institut.—Paris, Félix Alcan éditeur.)

Ce livre intéresse tous ceux que préoccupe la solution du redoutable problème du diagnostic de la mort. Le péril des ensevelissements hâtifs a été considérablement exagéré, mais néanmoins la crainte qu'ils inspirent se trouve justifiée par certains faits que l'on ne saurait révoquer en doute.

M. Icard passe d'abord en revue tous les signes de la mort connus jusqu'ici ; il en discute la valeur et l'importance. Dans une seconde partie il expose ses recherches personnelles et décrit une nouvelle méthode dont il est l'auteur ; il en démontre la certitude par des preuves expérimentales et cliniques et en fait l'application au diagnostic des principaux états de mort apparente.

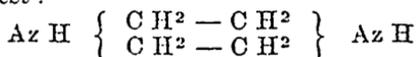
L'ouvrage se termine par l'étude de la mort apparente et par l'exposé des lois et des mesures administratives qui, chez les différents peuples, et plus spécialement en France, président aux inhumations.

ATTAIX.—Grande Librairie Médicale, A. Maloin, Place et Rue de l'École-de-Médecine, 21-23-25, Paris.—*La Pipérazine*, ses propriétés thérapeutiques, par le Dr B. C. ATTAIX.—Thèse in-8° 2 francs.

Ce travail, le premier présenté à la Faculté sur ce sujet, peut se résumer en quelques lignes :

La pipérazine découverte par S. Cloez, vers 1850, est identique à la diéthyl-

ène-diamine (Hoffmann), à l'*éthylénimine* (Ladenburg et Abel), à la *pipérazidine* (Schering). Son nom lui a été donné par Sieber. Sa formule de constitution établie par Hoffman est :



C'est à tort qu'on l'a appelée la *dispermine*, car la *spernine* de Schreiner n'a pas pour formule $\text{C}^2 \text{H}^5 \text{Az}$ mais $\text{C}^{10} \text{H}^{26} \text{Az}^4$ (Loehli).

Parmi les composés de la pipérazine, il faut citer le chlorhydrate, le chloroplatinate et surtout l'urate. Ce dernier est des plus importants pour le médecin, car il est le plus soluble de tous les urates connus. Il se dissout, en effet, dans 50 parties d'eau à 17°, tandis que l'urate de lithine en exige 367 à 20° et celui de soude 1260 à 15°.

Cette propriété explique pourquoi la pipérazine est employée avec succès pour combattre la diathèse urique : goutte, gravelle, lithiase rénale. Les résultats obtenus en Allemagne, en Angleterre, en France, sont très remarquables. Faut-il espérer, avec M. Attaix, qu'on pourra dissoudre les calculs d'acide urique et d'urate de soude par des lavages vésicaux, à l'aide d'une solution chaude de pipérazine à 2 0/0 qui est très bien tolérée ? L'avenir peut répondre rapidement si l'expérimentation est faite avec soin.

M. Tison qui a indiqué ce sujet de thèse à son interne, M. Attaix, a observé que la pipérazine a une action curative rapide sur la blennorrhagie aiguë et chronique ainsi que sur la cystite purulente.

On l'administre ordinairement à la dose quotidienne de 60 centigrammes à deux grammes dans de l'eau de Seltz ou dans de l'eau de Vals suffisamment gazeuse (les perles, etc.) Quelques médecins ont beaucoup dépassé sans inconvénient cette dose qui est cependant suffisante.

Tel est résumé aussi rapidement que possible cet excellent travail destiné à prendre une place honorable dans les recueils de thérapeutique.

DARTEYRE.—Grande Librairie Médicale, A. Maloine, Place et Rue de l'Ecole-de-Médecine, 21-23-25, Paris, vient de paraître. —Le *Lysol*, ses propriétés antiseptiques, thérapeutiques et désinfectantes, par le Dr DARTEYRE, ex-interne à l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, ancien prosecteur à l'Ecole-de-Médecine de Clermont-Ferrand.—Thèse in-8°.—Prix : 3 fr. 50.

BOURNEVILLE.—*Recherches Cliniques et Thérapeutiques sur l'Épilepsie, l'Hystérie et l'Idiotie.* Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pour l'année 1895 ; par BOURNEVILLE.

Avec la collaboration de MM. BONNCOURT, COMTE, DARDEL, DUBARRY, LERICHE, LOMBARD, LE NOIR, PILLIET, RUEL, SOLLIER et TISSIER, internes ou anciens internes du service.

Tome XIV. Un beau volume in-8° de LXXI-254 pages, avec 31 figures et 8 planches hors texte.—Prix : 6 fr.

DOYEN.—*Traitement des Suppurations pelviennes, de l'Hystérectomie abdominale totale, traitement chirurgical, des rétrodéviations utérines, du meilleur mode de fermeture de la paroi abdominale,* par Eugène DOYEN.—Tiré à part des Archives provinciales de chirurgie.—Institut international de bibliographie scientifique, 14 Boul. St-Germain, Paris, 1896.

KEELEY, Leslie E.—*The non-heredity of Inebriety,* by Leslie E. KEELEY, M. D. L.L.D. Scott Foresman & Co., Chicago.—Oct. 359 pages.

Hirschfelder. The treatment of Tuberculosis and other infectious diseases with Oxytoxines. a provisional report by S. O. Hirschfelder M. D. San Francisco, Cal.

PARIZEAU.—L'arthrite blennorrhagique aiguë et son traitement par l'arthrotomie précoce, par le Dr Téléphore PARIZEAU.

Collaborateurs au 25ème volume de l'Union Médicale du Canada

Archambault, J. L., M. D., Cohoes, New-York.	Johnson, Wyatt, M. D., Montréal.
Benoit, E. P., M. D., Montréal.	Laurendeau, A., M. D., St-Gabriel de Brandon.
Brosseau, A. T., M. D., Montréal.	Lachapelle, E. P., M. D., Montréal.
Chagnon, E. P., M. D., Longue-Pointe.	Lamarche, J.-B. A., M. D., Montréal.
Charbonneau, A., M. D., Ogdensburg N.-Y.	Legueu, M., M. D., Paris.
Cormier, I., M. D., Montréal.	Marien, A., M. D., Montréal.
Daubigny, F. T., M. V., Montréal.	Marsil, D., M. D., St-Eustache.
DeCotret, E. A. R. M. D., Montréal.	Mercier, O. F., M. D., Montréal.
Demers, A., M. D., Montréal.	Quimet, J. A., M. D., Valleyfield.
Derome, J. W., M. D., Montréal.	Prume, Jéhin, M. D., Montréal.
Desaulniers, Eug. Merrill, M. D., Montréal.	Roux, J. P., M. D., Montréal.
Duhamel, H. M., M. D., Montréal.	Smith, A. L., M. D., Montréal.
Ethier, A., M. D., Montréal.	Verge, Chs. A., M. D., Québec.
Foucher, A. A., M. D., Montréal.	Villeneuve, Georges, M. D., Montréal.
Guépin, A., M. D., Paris.	

NOMS DES PRINCIPAUX

MÉDECINS D'HOPITAUX

DONT LES CLINIQUES SONT REPRODUITES DANS CE VOLUME

Alexander, New-York.	Jaccoud, Paris.
Anderson Londre.	Jacobi, New-York.
Berger, Paris.	Jacobs, Bruxelles.
Brouardel, Paris.	Kelley, Baltimore.
Budin, Paris.	Kirmisson, Paris.
Charpentier, Paris.	Lejars, Paris.
Chéron, Paul, Paris.	Marfan, Paris.
Crousst, Paris.	Noble, Philadelphie.
Desplats, Paris.	Potain, Paris.
Douglas Powell du Middlesex Hospital, Lond.	Reclus, Paris.
Duplay, Paris.	Rendu, Paris.
Fournier, Paris.	Robin, Paris.
Guiteras, New-York.	Sayre, New-York.
Guyon, Paris.	Tarnier, Paris.
Hare, Philadelphie,	Tillaux, Paris.
Huchard, Paris,	Tussey, Philadelphie.

FORMULAIRE

Adénopathies.....	211	Episcléritis.....	112
Albuminurie.....	150	Erythème perio.....	695
Alopécie.....	211	Fièvre typhoïde.....	438
Amygdalite.....	211	Fissures du sein.....	46
Anémie Cérébrale.....	215	Gastro-entérite aiguë.....	369
Angine de poitrine.....	181	Gingivite.....	306
Angine phlegmoneuse.....	231	Goitre exophtalmique.....	305
Angine pultacée.....	241	Gravelle.....	112
Anthrax.....	241	Grippe.....	243
Antiseptique pour chambre de phtisique .	695	Hémoptysies.....	746
Anurie.....	241	Herpès du pharynx.....	112
Aphonie.....	231	Insomnie nerveuse.....	746
Ascariides.....	369	Intoxication par l'alcool.....	368
Ascite.....	320	Lymphadénie.....	242
Asthme.....	316-562	Mal de dent.....	150
Asystolie.....	306	Mal de mer.....	492
Balanite.....	272	Maladie de Bright Chronique.....	369
Blennorrhagie.....	272	Néphrites aiguës.....	437
Bronchite.....	47-112-181	Neurasthénie.....	493
Bronchite aigüe, Bronchite chronique.....	272	Névralgie.....	150
Bronchite chronique de vieillards.....	299	Pleurésie aiguë séro-fibrineuse.....	113
Bronchite chronique infantile.....	275	Pleurésie purulente.....	631
Broncho-pneumonie.....	275 305	Proton contre l'épistaxis rebelle au tamponnement des fosses nasales.....	745
Calculs vésicaux.....	113	Poudre composée pour le traitement des chançres.....	746
Catarrhe gastrique.....	46	Poudre diurétique rafraîchissante.....	746
Catarrhe Hépatique et Jaunisse.....	46	Prolapsus utérin.....	493
Chlorose.....	112	Prurit.....	113
Chlorose nerveuse.....	312	Prurit vulvaire, Contre le.....	746
Choléra infantile.....	113-438	Phtisie pulmonaire.....	306
Choléra nostras-Cholérine.....	312	Régime alimentaire de Brightiques.....	561
Comédons.....	312	Rhumatisme articulaire aigu.....	75
Constipation des enfants.....	312	Rhume des foetus.....	561
Constipation habituelle.....	113	Siropp composé pour le traitement interne de l'eczéma chronique.....	745
Coqueluche.....	306	Table des mesures impériales avec leur équivalence en mesures métriques.....	696
Cors aux pieds.....	299	Traitement des brûlures.....	745
Cystite chronique.....	316	Traitement des engelures.....	745
Delirium tremens.....	312	Tumeurs fibreuses de l'utérus.....	89
Diabète sucré.....	46	Vomissements opiniâtres.....	492
Diarrhée.....	306		
Dyspepsie atonique.....	46		
Dyspepsie nerveuse.....	695		
Epilepsie.....	492		

TABLE DES MATIÈRES

	PAGES		PAGES
A			
Abcès du cerveau d'origine optique.....	750	Approvisionnement d'eau, Le filtrage de l',	554
Abcès du poumon et son traitement chirurgical, L'.....	611	A propos de l'avortement.....	349
Abdomen, Les fausses tumeurs de l'.....	540	A propos de quelques observations de cures radicales de hernies.....	20
Ablation du sein, La réparation plastique des.....	472	ARCHAMBAULT, Dr J. L.—Nouvelles observations de sérothérapie.....	65
Accidents causés par le streptocoque après les injections de sérum de Roux. La sérothérapie antidiphthérique et les.....	238	Arsenic, Traitement de la chorée de Sydenham par l'.....	671
Accouchées, Du traitement des douleurs vulvaires chez les.....	173	Artère pharyngienne ascendante, anomalie de l'.....	17
Accouchement artificiel immédiat par les voies naturelles. Sur.....	352	Artère, Symptômes de l'oblitération d'une.....	600
Accouchement forcé et version pour insertion vicieuse du placenta.....	168	Articetomie du cou-de-pied par la méthode antérieure.....	344
Accouchement forcé post mortem, l'.....	191	Arthrotomie, Nouveau traitement de la Coxalgie par l'.....	729
Accouchement normal, Liématome de la vulve et du vagin consécutif à un.....	735	Aseptoline, L ; traitement du Dr Cyrus Edson contre la phthisie.....	335
Accouchement prématuré artificiel. Procédé de décollement des membranes. Simplification du procédé.....	354	Asphyxie par compression cérébrale, L'.....	180
Accouchement, Rupture des symphyses pendant l'.....	549	Assainissement des places d'eau, L'.....	485
Affections pulmonaires, Traitement des, par les bains chauds.....	607	Asthme, Le traitement de l'.....	405
Affections syphilitiques du globe oculaire, Traitement des, par les injections intra-veineuses de cyanure d'hydragyre.....	526, 589	Avortement, A propos de l'.....	349
Albuminurie, Le régime alimentaire dans l'.....	84	Avortement, Contribution à la thérapeutique de l'.....	229
Alcoolisme chronique, Traitement de l', par la strychnine.....	411	Avortement, Etude de quelques points douteux dans le traitement de l'.....	97
Aliénation mentale, Note sur la curabilité en.....	212	B	
Aliénés devant la loi, Les.....	131, 193	Bacille de Koch et les rayons Roetgen, Le.....	494
Aliénés, L'internement des.....	63, 600	Bactériologie, l'hygiène et la médecine, La.....	706
Amputation du membre supérieur de l'omoplate et des deux tiers externes de la clavicule.....	347	Bains chauds, Traitement des affections pulmonaires par les.....	607
Amputation du pénis.....	223	Bandage compressif, Traitement abortif des buvons par le.....	609
Analyse des rapports de MM. Roger et Haushalter, sur la sérothérapie au Congrès de Nancy 1896.....	740	Barbe, Traitement des folliculites de la.....	722
Anatomie pathologique du pied bot.....	165	Bassin, Le pus dans le petit.....	413
Anémie suraiguë consécutive aux hémorragies puerpérales. Des injections intra-veineuses de sérum artificiel à doses massives dans l'.....	425	BEVOIR, Dr E. P.—La nutrition et ses maladies.....	328
Anesthésie locale, Solution chaude de cocaine pour l'.....	748	Bibliographie.....	58-122-192-255-319-511-754
Anesthésique dans la thyroïdectomie, Du choix de l'.....	609	Blenorrhagie chez la femme ; traitement par la formaline.....	732
Anesthésique, Un nouvel, le chloridène.....	441	Bouchons cérumineux du conduit auditif, Extraction des.....	224
Angine de poitrine neurasthénique, L'.....	469	British Medical Association, La.....	699-752
Angiomes, Du traitement des, par l'électrolyse.....	301	Bromures, Effets toniques des.....	470
Anomalie de l'artère pharyngienne ascendante.....	17	Brouillite, Une faute à éviter dans le traitement de la.....	159
A nos lecteurs.....	49	BROSSAU, A. T., M. D.—Conseils pratiques donnés aux élèves en octobre dernier.....	12
Antipyrine, Suppression de la sécrétion lacté par l'.....	37	Bubons, (Traitement abortif des), par le bandage compressif.....	609
Anus, Traitement des fissures à l', par la cocaïne et l'ichthyol.....	229	Bureau des Gouverneurs, Le rapport annuel du.....	126
Appendice. La chirurgie, de l'.....	677	Bureau des Gouverneurs, Les plaintes du.....	638
Appendicite et son traitement, L'.....	279	Bureau Provincial de Médecine.....	751
Appendicite, La pathogénie de l'.....	495	C	
Approbation des médecins, L'.....	447	Calculs biliaires (Extraction des) ; Cholechoctomie.....	727
		Calculs rénaux, Traitement des.....	535
		Cancer des voies biliaires et du pancréas, Le.....	340
		Cancer, discussion sur le.....	50
		Cancer du rectum, Le.....	545
		Cancer du rectum, Traitement du.....	476
		Cancers de l'utérus inopérables, Traitement palliatif des.....	543

PAGES	PAGES		
Carcinôme de la mâchoire supérieure, Ex- tirpation du.....	413	ports de MM. Roger et Haushalter sur la sérothérapie au.....	740
Cas de diagnostic difficile, Un.....	411	Congrès international d'otologie, La ques- tion des tumeurs adénoïdes au cin- quième.....	166
Causerie médicale.....	272	Conseil d'Hygiène de la Province. Le séro- diagnostic de la fièvre typhoïde au.....	633
Causes et de la curabilité du cancer. Des..	1	Conseil Provincial d'Hygiène, Rapport du	43
Cavité utérine, Du lavage de la, après le curettage.....	173	Conseils pratiques donnés aux élèves en oc- tobre dernier.....	12
Ce qu'il faut faire au printemps, chez soi. pour avoir une bonne santé.....	295	Considérations générales sur l'empoison- nement et son traitement.....	86
Cercilage, Réunion des rotules par le.....	345	Considérations sur l'importance de l'étude de la pédiatrie, Quelques.....	105
CHAIGNON, E. P., M. D.—Note sur la cura- bilité en aliénation mentale.....	212	Consomption, La sérothérapie de la.....	566
CHARBONNEAU, Dr A.—Extinction de voix guérie à la suite d'une hystéropexie.....	513	Contagion médicale de la syphilis.....	276
Chirurgie abdominale, Les intestins dans la	412	Contamination de l'eau dans le sol, La.....	428
Chirurgie abdominale, Six années d'expé- rience en, avec résultats ultimes et immédiats.....	146, 213	Contribution à la thérapeutique de l'avor- tement.....	229
Chirurgie de l'appendice, La.....	677	Contribution à l'étude des menstruations précoces.....	679
Chirurgie, Le gaiacol et la cocaïne en.....	414	Convalescences après les opérations chi- rurgicales, La.....	311
Chirurgie, Les injections de sérum artifi- ciel en.....	246	Cordon, Traitement de la prociéence du....	733
Chirurgie préventive, La.....	613	Cordon ombilical, (Ligature du), Nouveau procédé.....	38 96
Cholédochotomie. Extraction des calculs biliaires.....	760	CORMIER, Docteur Isaïe.—Etude sur la né- cessité de la stérilisation du lait de vache.....	688
Chloridène, Un nouvel anesthésique, Le....	441	Corps étrangers des fosses nasales, Traite- ment des.....	477
Chlorose par l'ovarine et le suc ovarien, Traitement de la.....	671	Corps médical dans la province de Québec, Le.....	315
Choix de l'anesthésique dans la thyroïde- ctomie, Du.....	609	Corset, Les inconvéniens du.....	466
Cholélithiase vésiculaire, Diagnostic et traitement de la.....	415	Cou de pied, (Arthectomie du), par la méthode antérieure.....	344
Chorée congénitale, La.....	488	Cou, Phlegmon ligneux du.....	475
Chorée de Sydenham par l'arsenic. Traite- ment de la.....	671	Coxalgie au début, Diagnostic de la.....	242
Chronique.....	60	Coxalgies, Des pseudo.....	263
".....	123	Coxalgie, (Nouveau traitement de la), par l'arthrotomie.....	729
".....	253	Crampes des femmes en couches, Traite- ment des.....	229
".....	317	Créosote dans la phthisie, La.....	337
".....	383	Créviasses du sein, (Traitement des). par le gaiacol.....	291
".....	505	Croup, Inconvéniens et danger du rejet spontané des tubes dans le cours du traitement du.....	302
".....	573	Croup membraneux, (Ecouvillonnage du larynx dans le), à l'aide du tube d'O'- Wyer modifié.....	559
".....	640-753	Croup, Sur la codéine comme adjuvant de la dilatation de la glotte dans le.....	560
Classes, L'hygiène des.....	685-737	Curabilité du cancer, des causes et de la... Curabilité en aliénation mentale, Note sur la.....	1 212
Clavicule, Amputation des deux tiers ex- ternes de la.....	347	Cures radicales de hernies. A propos de quelques observations de.....	2
Clavicule, Traitement des fractures de la..	718	Curettage, Du lavage de la cavité utérine après le.....	173
Cloison nasale, Les traumatismes de la....	676		
Cocaïne en chirurgie, Le gaiacol et la.....	414		
Cocaïne, (traitement des fissures à l'anus par la,) et l'ichtyol.....	229		
Codéine comme adjuvant de la dilatation de la glotte dans le croup, Sur la.....	560		
Cœur et l'estomac, Le.....	408		
Cœur, La palpation du.....	536		
Cœur, Suture du.....	476		
Coli-bacille, Le.....	697		
Coliques néphritiques chez les enfants.....	240		
Colique spermatique, signes et traitement de la.....	145		
Col utérin, De la préparation des tiges de laminaires pour pratiquer la dilatation du..	289		
Coma urémique.....	466		
Complaisances du Bureau des Gouver- neurs, Les.....	638		
Complications, Le streptocoque dans la scarlatine et ses.....	369		
Compression cérébrale, l'asphyxie par.....	180		
Conduits auditif, Extraction des bouchons cérumineux du.....	224		
Conférences d'hygiène infantile, Les.....	176		
Congrès de Genève, Le traitement des suppurations pelviennes au.....	730		
Congrès de Nancy 1896. Analyse des rap- ports de MM. Roger et Haushalter sur la sérothérapie au.....	740		

D

DAGENAIS, Dr Adolphe.....	510
Dangers du rejet spontané des tubes dans le cours du traitement du croup, in- convéniens et.....	302
Dangers et inconvéniens du vésicatoire.....	278
DAUBIGNÉ, F. T., M. V.—Les Ecoles Vété- rinaires au Canada.....	666
Décès, La déclaration des.....	179
Déclaration des décès, La.....	179
Déclaration des maladies contagieuses, La..	44

	PAGES		PAGES
Décollement des membranes, Simplification du procédé de.....	354	Eau, Le filtrage de l'approvisionnement d'.....	554
DE CORNET, Dr E. A. René.—Traitement de l'éclampsie puerpérale 387, 453, 514, 584	584	Eau salée en injections, L'.....	615
Défloration, Hémorragie grave par.....	473	Echo des hôpitaux de Paris—Fièvre typhoïde.....	71
Déformation du membre inférieur consécutive à la résection du genou, chez les enfants.....	608	Eclampsie puerpérale.....	257, 449
De l'orchite des prostatiques.....	80	Eclampsie puerpérale, Traitement de l'.....	387, 453, 514, 584
Démangeaison, Etiologie et traitement de la.....	605	Ecoles, L'inspection médicale des.....	174
DEMEIS, M. le prof.—Echo des hôpitaux de Paris—Fièvre typhoïde.....	71	Ecoles, Prophylaxie des maladies contagieuses dans les.....	624
Dermatoses infantiles communes, Recherches sur l'étiologie des.....	108	Ecoles Vétérinaires au Canada, Les.....	666
DESACLIERS, Dr Eug. Merrill.—Causerie médicale.....	273	Ecouvillonnage du larynx dans le croup membraneux à l'aide du tube d'O'Dwyer modifié.....	559
Désinfection pratique par le formol ; de sa toxicité. De la.....	674	Effets physiologiques de l'eau de boisson.....	437
Desquamation dans la fièvre typhoïde chez l'enfant.....	339	Effets toxiques des bromures.....	470
Désordres pelviens, Inflammation de la glande parotide dans les.....	220	Electrolyse, Du traitement des angiomes par l'.....	301
Déviation utérines, Usage du pessaire dans les.....	294	Emploi de la sonde dans le diagnostic des maladies de l'estomac. L'.....	474
Diabète sucré, (Traitement du, par la médication alternante.....)	35	Empoisonnement, (considérations générales sur l') et son traitement.....	86
Diagnostic bactériologique de la diphtérie, Le.....	298	Endocardite rhumatismale, Traitement de l'.....	603
Diagnostic de la coxalgie au début.....	542	Enfance, Hygiène alimentaire de la première.....	354
Diagnostic des maladies de l'estomac, L'emploi de la sonde dans le.....	474	Enfance, (La protection de l'), et les hospices d'enfants trouvés.....	552
Diagnostic difficile, Un cas de.....	411	Enfant, Desquamation dans la fièvre typhoïde chez l'.....	339
Diagnostic et traitement de la cholé lithiase vésiculaire.....	415	Enfant, Néphrite compliquant l'entérite chez le jeune.....	237
Diagnostic et traitement de la scoliose.....	543	Enfant, Parésie des membres inférieurs et paraplégie chez l'.....	629
Diagnostic et traitement des métrites blennorrhagiques.....	347	Enfants, Coliques néphritiques chez les.....	240
Diagnostic et traitement des luxations anciennes de l'épaule.....	473	Enfants, Déformation du membre inférieur consécutive à la résection du genou chez les.....	608
Digitale en injections sous-cutanées L'infusion de.....	721	Enfants, De la stomatite ulcéreuse chez les.....	628
Différences dues aux maladies nerveuses, Intervention chirurgicale dans les.....	612	Enfants, Etude de 284 cas de fièvre typhoïde chez les.....	558
Digestion, Epoque de la mort et la.....	537	Enfants, La fièvre typhoïde chez les.....	110
Dilatation de la glotte dans le croup, Sur la codéine comme adjuvant de la.....	560	Enfants, La paralysie douloureuse des jeunes.....	109
Dilatation de l'utérus, De la.....	170	Enfants, La tuberculose chez les jeunes.....	300
Dilatation du col utérin, De la préparation des tiges de laminaire pour pratiquer la.....	289	Enfants, L'ictère infectieux chez les.....	435
Diphtérie, La sérothérapie de la.....	114	Enfants souffrant de maladies contagieuses, L'hygiène des.....	620
Diphtérie, Le diagnostic bactériologique de la.....	298	Enfants trouvés, La protection de l'enfance et les hospices d'.....	552
Discussion sur le cancer, Société médico-chirurgicale de Montréal.....	50	Entérite chez le jeune enfant, Néphrite compliquant l'.....	237
Doigt à ressort.....	343	Entérite muco-membraneuse, Du sable intestinal et de l'.....	409
Douleur abdominale aiguë et subite, Signification de la.....	602	Enucléation massive des goîtres.....	725
Douleurs vulvaires chez les accouchées, Du traitement des.....	173	Epaule, Diagnostic et traitement des luxations anciennes de l'.....	473
DUHAMEL, H. M.—Contrôle des hémorragies des voies respiratoires supérieures. 712	712	Epithélioma hétéradénique de la région rétro-anales, Note sur un.....	269
Dysménorrhée. Du traitement des divers genres de.....	102	Epoque de la mort de la digestion, L'.....	537
Dyspepsies, Thérapeutique générale des.....	155	Epuisement nerveux, Pathogénie de l'.....	216
		Erosions du mamelon, (Traitement des), par le stérésol.....	546
		Erysipèle. La sérothérapie de l'.....	119
		Etiologie et traitement de l'ozène.....	674
		Etiologie de la variole, L'.....	54
		Etiologie des dermatoses infantiles communes, Recherches sur l'.....	108
		Etiologie et symptômes des urétrites non gonococcienues.....	160
		Etiologie et traitement de la démangeaison.....	605

	PAGES		PAGES
Etude de 284 cas de fièvre typhoïde chez les enfants.....	558	Folliculites de la barbe, Traitement des.....	722
Etude de la pédiatrie, Quelques considérations sur l'importance de l'.....	105	Formaline, Bleunorrhagie chez la femme; traitement par la.....	732
Etude de quelques points douteux dans le traitement de l'avoitement.....	97	Formol, de sa toxicité, De la désinfection pratique par le.....	674
Etude médico-légale; les aliénés devant la loi.....	131-193	Fosses nasales, Traitement des corps étrangers des.....	477
Etude sur la nécessité de la stérilisation du lait de vache.....	688	FOUCHER, Prof.—Anomalie de l'artère pharyngienne ascendante.....	17
Etude sur le lait de femme.....	362	Fractures compliquées de plaies, Traitement des.....	342
Etudiants canadiens à Paris, Les.....	571	Fractures de la clavicule, Traitement des.....	718
Evolution de la fièvre typhoïde.....	627	Fractures de la rotule, Traitement des.....	614
Evolution fœtale dans la version podalique, De l'.....	38	Fractures du maxillaire inférieur, Traitement des.....	93
Expectation dans la pneumonie, L'.....	534	Fragmentation spontanée des pierres dans la vessie.....	418
Extinction de voix guérie à la suite d'une hystéropexie.....	513	France, Le mouvement médical en.....	185
Extirpation de l'utérus cancéreux à l'aide du thermo-cautère.....	611		
Extirpation du carcinome de la mâchoire supérieure.....	413	G	
Extirpation simultanée du rein et de l'uretère, Néphro-urétérectomie.....	281	Galcol et la cocaïne en chirurgie, Le.....	414
Extraction des bouchons cérumeux du conduit auditif.....	224	Galcol, Traitement des crevasses du sein par le.....	291
		Ganglions cervicaux dans l'infection locale, Les.....	439
F		Genres de dysménorrhée, Du traitement des divers.....	102
Face, Traitement du tic douloureux de la.....	536	Glande parotide dans les désordres pelviens, Inflammation de la.....	220
Fausses tumeurs de l'aboumen, Les.....	540	Globe oculaire, (Traitement des affections syphilitiques du), par les injections intra-veineuses de cyanure d'hydrargyre.....	526, 589
Faute à éviter dans le traitement de la bronchite, Une.....	159	Glottis dans le croup, Sur la codéine comme adjuvant de la dilatation de la.....	561
Femme, Etude sur le lait de.....	362	Goîtres, Enucléation massive des.....	725
Femmes enceintes, Propriétés bactéricides des sécrétions vaginales chez les.....	230	Goitre, son traitement médical et chirurgical, Le.....	577, 611
Femmes en couche, Traitement des crampes des.....	229	Gouverneurs, La dernière réunion des.....	639
Fibromes, Hystérectomie vaginale pour.....	418	Gouverneurs, La réunion des.....	500
Fibro-myome probable de la paroi vaginal.....	52	Gouverneurs, Le rapport annuel du Bureau des.....	126
Fibro-sarcome du nerf sciatique, Notes sur un.....	385	Gouverneurs, Les complaisances du Bureau des.....	638
Fièvre jaune, Prophylaxie de la.....	120	Graisse, (Rôle de la), dans le développement des hernies abdominales.....	602
Fièvre puerpérale et la sérothérapie, La.....	420	Grefle cutanée; méthode italienne et méthode de Thiersch, La.....	541
Fièvre typhoïde.....	71	Grossesse commençante, Signes et symptômes de la.....	479
Fièvre typhoïde et de sa mise en pratique dans les laboratoires d'hygiène. De l'emploi du sero-diagnostic de Widal dans la.....	661	Grossesse, Hernies et.....	41
Fièvre typhoïde chez l'enfant, Desquamation dans la.....	339	GUÉRIN, Dr A.—De l'orchite des prostatiques.....	80
Fièvre typhoïde chez les enfants, Etude de 284 cas de.....	558	GUÉRIN, Dr A.—Signes et traitement de la colique spermatique.....	145
Fièvre typhoïde chez les enfants, La.....	110	Guérison d'un cas de tétanos par le sérum antitétanique.....	441
Fièvre typhoïde, Evolution de la.....	627	Gynécologie, Les injections vaginales en.....	228
Fièvre typhoïde, Le séro-diagnostic de la.....	563		
Fièvre typhoïde, (Le séro-diagnostic de la.) au conseil d'Hygiène de la province.....	633	H	
Fièvre typhoïde, Les huitres et la.....	467	Hanche, L'intervention sanglante et le traitement mécanique dans les luxations congénitales de la.....	346
Fièvre typhoïde. Opportunité de l'intervention chirurgicale dans les péritonites de la.....	726	Hématome de la vulve et du vagin consécutif à un accouchement normal.....	735
Fièvre typhoïde. Sero-diagnostic et séropronostic de la.....	722	Hémoptysies des tuberculeux, Traitement des.....	406
Fièvre typhoïde, Traitement hydrothérapique de la.....	538	Hémorrhagies dans les cas de placenta prævia, (De l'), lorsque le fœtus est mort et macéré.....	322
Filtrage de l'approvisionnement d'eau, Le.....	554		
Fissures à l'anus, (Traitement des), par la cocaïne et l'ichthyol.....	229		
Fœtus, (De l'hémorragie dans les cas de placenta prævia, lorsque le), est mort et macéré.....	322		

	PAGES		PAGES
Hémorrhagies des voies respiratoires supérieures. Contrôle.....	712	Incontinence nocturne d'urine. Traitement faradique de l'.....	629
Hémorrhagie grave par défloration.....	473	Inconvénients du corset, Les.....	466
Hémorrhagie par insertion vicieuse du placenta.....	225, 287	Inconvénients du vésicatoire, Dangers et.....	278
Hémorrhagies puerpérales, Des injections intra-veineuses de sérum artificiel à doses massives dans l'anémie suraiguë consécutive aux.....	425	Inconvénients et dangers du rejet spontané des tubes dans le cours du traitement du croup.....	302
Hémorrhagies utérines, Traitement des.....	348	Infection chez les nourrissons, les sources de l'.....	108
Hémorrhoides saignantes, Le traitement des.....	471	Infection locale, Les ganglions cervicaux dans l'.....	439
Hérédité dissimilable dans les maladies, L'.....	672	Infection puerpérale, Le sérum antistreptococcique dans l'.....	422
Hernies abdominales, Rôle de la graisse dans le développement des.....	609	Inflammation de la glande parotide dans les désordres pelviens.....	220
Hernies et grossesse.....	41	Infusion de digitale en injections sous-cutanées, L'.....	721
Hernie étranglée, Modification à l'opération de la.....	736	Injections d'antitoxine, La mort subite après les.....	370
Hétéro-infection puerpérale.....	291	Injections de sérum artificiel en chirurgie, Les.....	246
Hôpital Notre-Dame. — Notes du Dr A. Ethier, interne en chef.....	56	Injections de sérum de Roux, La sérothérapie antidiptérique et les accidents causés par le streptocoque après les.....	238
Hôpital Notre-Dame, Notes du Dr W. J. Derome, interne en chef.....	749	Injections intra-veineuses de cyanure d'hydrargyre, Traitement des affections syphilitiques du globe oculaire par les.....	526, 589
Hôpital Notre-Dame.....	121	Injections intra-veineuses de sérum artificiel à doses massives dans l'anémie suraiguë consécutive aux hémorrhagies puerpérales, Des.....	425
" ".....	190	Injections, L'eau salée en.....	615
" ".....	251	Injections vaginales en gynécologie, Les.....	228
" ".....	313	Insertion vicieuse du placenta, Accouchement forcé et version pour.....	168
" ".....	381	Insertion vicieuse du placenta, Hémorrhagie par.....	225, 287
" ".....	443	Inspection médicale des écoles, L'.....	174
" ".....	496, 703	Internement des aliénés, L'.....	63, 600
Hotel-Dieu. — Notes du Dr J. P. Roux, médecin interne.....	55	Intervention chirurgicale dans les difformités dues aux maladies nerveuses.....	612
Hotel-Dieu.....	189	Intervention sanglante et le traitement mécanique dans les luxations congénitales de la hanche, L'.....	346
" ".....	250	Intestins dans la chirurgie abdominale, Les.....	412
" ".....	379		
" ".....	443	K	
" ".....	567, 703	Kocher, Réduction des luxations de l'épaule par la méthode de.....	92
Hospices d'enfants trouvés, La protection de l'enfance et les.....	552	Koch, (Le bacille de), et les rayons Roentgen.....	494
Huitres et la fièvre typhoïde, Les.....	467		
Hydrargyre, Traitement des affections syphilitiques du globe oculaire par les injections intra-veineuses de cyanure.....	526, 589	L	
Hydrocèle. Une nouvelle méthode pour l'opération de l'.....	727	LACHAPPELLE, F. P. — La bactériologie, l'hygiène et la médecine.....	706
Hydronephrose (Néphrectomie pour) avec accidents uréniques.....	739	Lait maternel, Le.....	52
Hydrorrhée péritonéale.....	744	Lait de femme. Etude sur le.....	362
Hygiène alimentaire de la première enfance.....	354	Lait de vache. Etude sur la nécessité de la stérilisation du.....	688
Hygiène des classes, L'.....	685	Lait, Sur la stérilisation du.....	362
Hygiène des classes.....	737	LAMARCHE, Dr J. B. A. — Vagissement intra-utérin.....	321
Hygiène des enfants souffrant de maladies contagieuses, L'.....	620	La motion de M. le Dr Rottot.....	377
Hygiène infantile, Les conférences d'.....	176	Larmolement réflexe d'origine nasale.....	477
Hypertrophie prostatique, Les traitements récents de l'.....	284	Larynx, (Écouvillonnage du), dans le croup membraneux, à l'aide du tube d'O'Dwyer modifié.....	559
Hystérectomie vaginale pour fibromes.....	418	LAURENDEAU, Albert, M. D. — Eclampsie puerpérale.....	257, 449
Hystéropexie, Extinction de voix guérie à la suite d'une.....	513	LAURENDEAU, Albert, M. D. — Tétanos.....	76
I			
Ichthyol, Traitement des fissures à l'anus par la cocaïne et l'ichthyol.....	229		
Ictère infectieux à rechute, L'.....	468		
" " chez les enfants, L'.....	435		
Ictère, Traitement de l'.....	606		
Importance de l'étude de la pédiatrie. Quelques considérations sur l'.....	105		
Incision sus-pubienne (De la ponction hypogastrique et de l') dans la rétention aiguë d'urine.....	728		

	PAGES		PAGES
Lavage de la cavité utérine après le curet- tage, Du.....	173	Membre supérieur, Amputation du.....	347
Lévescu, Dr.—Notes sur un fibro-sarcome du nerf sciatique.....	385	Mensuration pelvienne à propos de la sym- physéotomie, De la.....	40
Leguen, M. Note sur un épithélioma hété- radénique de la région rétro-anaie.....	269	Ménstruations précoces. Contribution à l'étude des.....	679
Lésions osseuses dans le rhumatisme blen- norrhagique, Les.....	610	МЕРСИЕР, O. F., M. D.—A propos de quel- ques observations de cures radicales de hernies.....	20
Lettre de l'Hon. Dr Marsil.....	372	Mercuré, Technique des injections sous- cutanées.....	747
Lettre du Dr Rottot.....	568	Méthode antérieure, Arthectomie du cou de pied par la.....	344
Licence interprovinciale, La.....	700	Méthode de Kocher. Réduction des luxa- tions de l'épaule par la.....	92
Ligature du cordon ombilical. Nouveau procédé.....	38	Méthode de Thiersch de la greffe cutanée.....	541
Ligature du cordon ombilical. Nouveau procédé.....	96	Méthode italienne de la greffe cutanée.....	541
Loi, Les aliénés devant la.....	131, 193	Métrites blennorrhagiques, Diagnostic et traitement des.....	347
Luxations congénitales de la hanche, L'in- tervention sanglante et le traitement mécanique dans les.....	346	Modification à l'opération de la hernie étranglée.....	736
Luxations de l'épaule, (Réduction des), par la méthode de Kocher.....	92	Modification du poumon dans la pleurésie, Des.....	219
Luxations anciennes de l'épaule, Diagnos- tic et traitement des.....	473	Mort, Epoque de la, et la digestion.....	537
Luxations des tendons. Nouveau procédé de traitement chirurgical des.....	675	Mort subite après les injections d'anti- toxine, La.....	370
M		Mouvement médical en France, Le.....	185
Machoire supérieure, Extirpation du carci- nome de la.....	413	Moyen de rendre inefficace la vésication cautharidienne.....	604
Malades, L'usage du tabac chez les.....	336	Moyen de faire tolérer la sonde à demeure chez les prostatiques, Des.....	346
Maladies contagieuses dans les écoles, Prophylaxie des.....	624	N	
Maladies contagieuses, La déclaration des.....	44	Néphrectomie pour hydronéphrose avec accidents urémiques.....	739
Maladies contagieuses, L'hygiène des en- fants souffrant de.....	620	Néphrite compliquant l'entérite chez le jeune enfant.....	237
Maladies de l'estomac, L'emploi de la sonde dans le diagnostic des.....	474	Néphrite des nouveau-nés.....	236
Maladies du système circulatoire, Du rôle des vaso-moteurs dans les.....	405	Néphro-urétérectomie; extirpation simu- tanée du rein et de l'urètre.....	281
Maladies infectieuses, La rate dans les.....	151	Nourathémie. Traitement de la.....	602
Maladies, La nutrition et ses.....	328	Nitrate d'argent en solution faible, Traite- ment prophylactique de l'ophtalmie des nouveau-nés par le.....	39
Maladies, L'eau et les.....	429	Note sur la curabilité en aliénation men- tale.....	212
Maladies, Le pronostic dans les.....	537	Notes sur un épithélioma hétéradénique de la région rétro-anaie.....	269
Mamelon. (Traitement des érosions du), par le stéréol.....	546	Note sur un cas de superfoetation.....	679
MARIEN, Dr A.—Notes sur un fibro-sarcome du nerf sciatique.....	385	Notes sur un fibro-sarcome du nerf sciat- ique.....	385
MARIEN, Dr A.—Note sur un épithélioma hétéradénique de la région rétro-anaie.....	269	Nourissons, Les sources de l'infection chez les.....	108
Marmoreck, Le sérum de.....	53	Nourissons. Pseudo-diphthérie d'origine septicémique chez les nouveau-nés et les.....	107
Marmoreck, (Le sérum de), dans la scar- latine.....	440	Nouveau cas d'opération césarienne néces- sité par une ventrofixation.....	423
MARSIL, Hon. Dr.—Lettre.....	372	Nouveau-né, Mélaena du.....	626
MARSIL, Dr D.—Le goitre, son traitement médical et chirurgical.....	577, 641	Nouveau-nés, Néphrite des.....	236
Maxillaire inférieur, Traitement des frac- tures du.....	93	Nouveau-nés, (Pseudo-diphthérie d'origine septicémique chez les), et les nouris- sons.....	107
Médecins, L'approbation des.....	447	Nouveau procédé de traitement chirur- gical des luxations des tendons.....	675
Médecine Moderne, La.....	650	Nouveau traitement de la surdité.....	167
Médicaments antipyrétiques, La valeur des.....	337	Nouvelles observations de sérothérapie.....	65
Médication alternante, traitement du dia- bète sucré par la.....	35	Nutrition et ses maladies, La.....	328
Médication thyroïdienne, La.....	310	O	
Médication thyroïdienne. Traitement de l'obésité par la.....	673	Obésité par la médication thyroïdienne. Traitement de l'.....	633
Mélaena du nouveau-né.....	626		
Membranes, Simplification du procédé de décollement des.....	354		
Membre inférieur, (Déformation du), con- sécutive à la résection du genou chez les enfants.....	608		
Membres inférieurs, (Parésie des), et para- plégie chez l'enfant.....	629		

PAGES	PAGES		
Oblitération d'une artère, Symptômes de l'.....	600	Placenta, Accouchement forcé et version pour insertion vicieuse du.....	168
Observations de cures radicales de hernies, A propos de quelques.....	20	Placenta, Hémorrhagie par insertion vicieuse du.....	225, 287
Observations de sérothérapie, Nouvelles... O'Dwyer, (L'écouvillonnage du larynx dans le croup membraneux à l'aide du tube d'), modifié.....	65 559	Placenta prævia, (De l'hémorrhagie dans les cas de), lorsque le fœtus est mort et macéré.....	322
Omphalite, Amputation de l'.....	347	Places d'eau, L'assainissement des.....	485
Ongle incarné, (Traitement de l'), par le perchlore de fer.....	541	Plaies de jambe, Traitement des.....	90
Opération césarienne nécessitée par une ventro-fixation, Nouveau cas.....	423	Plaies de poitrine par petits projectiles. Des.....	222
Opérations chirurgicales. La convalescence après les.....	341	Plaies, Traitement des fractures compliquées de.....	342
Ophthalmie des nouveau-nés, (Traitement prophylactique de l') par le nitrate d'argent en solution faible.....	39	Pleurésie. Des modifications du poumon dans la.....	219
Orchite des prostatiques, De l'.....	80	Pleurésie pulmonaire sèche, La.....	534
Ostéosarcome des membres.....	736	Plombage des os avec substances antiseptiques.....	736
ΟΥΜΕΤ, Dr J. A.—De l'hémorrhagie dans les cas de placenta prævia, lorsque le fœtus est mort et macéré.....	322	Pneumonie aiguë. Traitement de la.....	31
Ovarine et le suc ovarien, Traitement de la chlorose par l'.....	671	Pneumonies et broncho-pneumonies par les inhalations phéno-créosotées. Traitement des.....	719
Ozène, Etiologie et traitement de l'.....	674	Pneumonie. L'expectation dans la.....	534
P		Points douteux dans le traitement de l'avortement. Etude de quelques.....	97
Pain bis, La valeur nutritive du pain blanc et du.....	469	Poitrine, (Des plaies de) par petits projectiles.....	222
Pain blanc, Valeur nutritive du.....	469	Ponction hypogastrique (De la) et de l'incision sus-pubienne dans la rétention aiguë d'urine.....	728
Palpation du cœur, La.....	536	Ponction lombaire.....	675
Palpation du rein mobile, La.....	94	Poumon. (Abcès du). et son traitement chirurgical.....	611
Pancréas, Le cancer des voies biliaires et du.....	340	Poumon dans la pleurésie. Des modifications du.....	219
Paralysie douloureuse des jeunes enfants, La.....	105	Pratique de la vaccination. La.....	232
Paralysie infantile, Traitement chirurgical de la.....	477	Préparation des tiges de laminaire pour pratiquer la dilatation du col utérin: De la.....	289
Paralysies puerpérales infectieuses.....	425	Prise d'eau, La.....	427
Paraplégie chez l'enfant, Parésie des membres inférieurs et.....	629	Procédé de décollement des membranes. Simplification du procédé.....	354
Parésie des membres inférieurs et paraplégie chez l'enfant.....	629	Procédé nouveau de ligature du cordon ombilical.....	38
Paris, Les étudiants canadiens à.....	571	Procédé nouveau de ligature du cordon ombilical.....	96
Parois vaginale. Fibro-myome probable de la.....	52	Procidence du cordon. Traitement de la.....	733
Parotite, Tuberculose de la.....	539	Pronostic dans les maladies, Le.....	537
Pathogénie de l'appendicite, La.....	495	Pronostic de la syphilis, Le.....	407
Pathogénie de l'épuisement nerveux.....	216	Prophylaxie de la fièvre Jaune.....	120
Pédiatrie, Quelques considérations sur l'importance de l'étude de la.....	105	Prophylaxie des maladies contagieuses dans les écoles.....	624
Pénis, Amputation du.....	223	Propriétés bactéricides des sécrétions vaginales chez les femmes enceintes. Des.....	230
Perchlorure de fer, Traitement de l'ongle incarné par le.....	541	Prostatactomie.....	341
Péritonites de la fièvre typhoïde. Opportunité de l'intervention chirurgicale, dans les.....	726	Prostatiques, Moyen de faire tolérer la sonde à demeure chez les.....	346
Perlèche, La.....	489	Protection de l'enfance et les hospices d'enfants trouvés, La.....	552
Pessaire dans les déviations utérines, Usage du.....	294	Province de Québec, Le corps médical dans la.....	315
Pessaire sur les.....	550	Pseudo-coxalgies, Des.....	163
Phlegmon ligneux du cou.....	475	Pseudo-diphthérie d'origine septicémique chez les nouveau-nés et les nourissons... Pus dans le petit bassin, Le.....	107 413
Photographie intra-utérine.....	424	Q	
Phtisie, La créosote dans la.....	327	Québec, Le corps médical dans la province de.....	315
Phtisie, L'aseptoline, traitement du Dr Cyrus Edson contre la.....	335	Quelques considérations sur l'importance de l'étude de la pédiatrie.....	105
Pied-bot, Anatomie pathologique du.....	165		
Pied-bot congénital, Traitement précoce du.....	545		
Pierres dans la vessie, Fragmentation spontanée des.....	418		

	PAGES		PAGES
Question des tumeurs adénoides au cinquième congrès international d'otologie, La.....	166	Scarlatine, Le sérum de Marmoreck dans la	440
R		Sciaticque, Notes sur un fibro-sarcome du	385
Rachitisme, Traitement du.....	555	nerf.....	385
Rapport annuel du Bureau des Gouverneurs. Le.....	126	Scoliose, Diagnostic et traitement de la....	435
Rapport du Conseil Provincial d'Hygiène. 43		Sécrétion lactée, (Suppression de la), par	
Rate dans les maladies infectieuses, La.....	151	l'antipyrine.....	37
Recherches sur l'étiologie des dermatoses		Sécrétions vaginales chez les femmes en-	
infantiles communes.....	108	ceintes, Propriétés bactéricides des.....	230
Reclutes, L'ictère infectieux à.....	468	Sein, La réparation plastique des ablations	
Rectum, Le cancer du.....	545	du.....	472
Rectum, Traitement du cancer du.....	476	Séméiologie des tremblements, La.....	601
Réduction des luxations de l'épaule par la		Septicémie, aiguë.....	711
méthode de Kocher.....	92	Séro-diagnostic et séro-pronostic de la	
Réflexions sur les statistiques du tabage à		fièvre typhoïde.....	722
l'hôpital Trousseau pendant l'année		Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde au	
1895.....	364, 431	Conseil d'Hygiène de la Province, Le. 633	
Régime alimentaire dans l'albuminurie. Le. 84		Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde, Le. 563	
Région rétro-aurale, Note sur un épithé-		de Widal dans la fièvre ty-	
lioma hétéroépithéliale de la.....	269	phoïde et de sa mise en pratique dans	
Régistre médical, Le.....	569	les laboratoires d'hygiène, De l'emploi	
Rein, Extirpation simultanée du, et de l'ure-		du.....	661
tère.....	281	Séro-pronostic de la fièvre typhoïde, Séro-	
Rein mobile, La palpation du.....	94	diagnostic et.....	722
Rejet spontané des tubes dans le cours du		Sérothérapie antidiphthérique et les acci-	
traitement du croup, Inconvénients et		dents causés par le streptocoque après	
dangers du.....	302	les injections de sérum de Roux.....	238
Réparation plastique des ablations du sein.		Sérothérapie au Congrès de Nancy 1896.	
La.....	172	Analyse des rapports de MM. Roger	
Réponse au Dr Marsil.....	74	et Haushalter sur la.....	749
Réséction du genou chez les enfants. Dé-		Sérothérapie de la consommation, La.....	566
formation d'un membre inférieur consé-		de la diphtérie, La.....	114
cutive à la.....	608	de la tuberculose, La.....	307
Ressort, Doigt à.....	343	de la variole, La.....	120
Rétention aiguë d'urine. De la ponction		de l'érysipèle, La.....	119
hypogastrique et de l'incision sus-		La fièvre puerpérale et la.....	420
pubienne dans la.....	728	Nouvelles observations de.....	65
Rétro-déviation non compliquées. Symp-		Sérum antistreptococcique dans l'infection	
tômes et traitement des.....	293	puerpérale, Le.....	422
Réunion des Gouverneurs, La.....	500	Sérum antitétanique, Guérison d'un cas	
Réunion des Gouverneurs, La dernière.....	639	de tétanos par le.....	441
Réunion des rotules par le cerclage.....	345	Sérum artificiel, (Des injections intra-vei-	
Rhinite purulente aiguë primitive infantile		neuses de), à doses massives, dans l'a-	
à staphylococques. Traitement de la.....	166	némie suraiguë consécutive aux hé-	
Rhumatisme articulaire aigu simple. Le		morrhagies puerpérales.....	425
salicylate de soude dans le.....	157	Sérum artificiel, (Les injections de), en	
Rhumatisme hémorragique. Les lésions		chirurgie.....	246
osseuses dans le.....	610	Sérum de Marmoreck dans la scarlatine,	
Roetgen, Le bacille de Koch et les rayons		Le.....	440
de.....	494	Sérum de Marmoreck, Le.....	53
Rôle de la graisse dans le développement		Signes et symptômes de la grossesse	
des hernies abdominales. Le.....	609	commençante.....	479
Rôle des vaso-moteurs dans les maladies		Signes et traitement de la colique sperm-	
du système circulatoire et leur traite-		atique.....	145
ment. Du.....	405	Signification de la douleur abdominale	
Rottol, Lettre du Dr.....	568	aiguë et subite.....	602
Rotules, (Réunion des), par le cerclage.....	345	Simplification du procédé de décollement	
Rotule, Traitement des fractures de la.....	614	des membranes.....	354
Rupture des symphysses pendant l'accou-		Six années d'expérience en chirurgie ab-	
chement.....	549	dominale avec résultats ultimes et immé-	
S		diats.....	146, 213
Sable intestinal et de l'entérite muco-mem-		Skotographie, La.....	183
braneuses, Du.....	409	La.....	244
Sabote de soude dans le rhumatisme ar-		SMITH, A. L.—Des principales causes d'in-	
ticulaire aigu simple, Le.....	157	succès dans l'opération qui a pour but	
Santé, Ce qu'il faut faire, au printemps		la suture du col utérin.....	715
chez soi, pour avoir une bonne.....	295	SMITH, A. LATHOM, M. D.—Six années	
Scarlatine et ses complications, Le strep-		d'expérience en chirurgie abdominale	
to-cocque dans la.....	309	avec résultats ultimes et immédiats,	
		146, 213	
		Société des internes de l'hôpital Notre-Da-	
		me.—Le lait maternel, Fibro-myome	
		probable de la p. v. vaginale.....	52
		Société Médico-chirurgicale de Montréal.	
		—Discussion sur le cancer.....	50

Sol, La contamination de l'eau dans le... 426
 Sonde à demeure chez les prostatiques. Moyens de faire tolérer la... 346
 Sonde dans le diagnostic des maladies de l'estomac, L'emploi de la... 474
 Souffles cardio-pulmonaires, Les... 277
 Sources de l'infection chez les nourrissons, Les... 108
 Spina bifida... 240
 Statistique du tubage à l'hôpital Troussseau pendant l'année 1895, Réflexions sur la... 364, 431
 Statistiques vitales de 1895, Les... 483
 Stéréol, Traitement des érosions du mamelon par le... 546
 Stérilisation du lait de vache. Etude sur la nécessité de la... 688
 Stérilisation du lait, Sur la... 362
 Stomatite ulcéreuse chez les enfants, De la Streptocoque dans la scarlatine et ses complications, Le... 309
 Strychnine. Traitement de l'alcoolisme chronique par la... 411
 Substances employées en obstétrique valeur antiseptique de quelques... 37
 Sulfocation, La... 606
 Superfoetation. Note sur un cas de... 679
 Suppression de la sécrétion lactée par l'antipyrine... 37
 Suppurations pelviennes au congrès de Genève. Le traitement des... 730
 Surabondance de surface respiratoire. La... 218
 Surdité, Nouveau traitement de la... 167
 Surface respiratoire, la surabondance de... 218
 Suture du cœur... 476
 Suture du col utérin. Des principales causes d'insuccès dans l'opération qui a pour but la... 715
 Symphyséotomie. De la mensuration pelvienne à propos de la... 40
 Symphyses, (Rupture des), pendant l'accouchement... 549
 Symptômes de la grossesse commençante, Signes et... 479
 Symptômes de l'oblitération d'une artère... 600
 Symptômes des urétrites non gonococciennes, Etiologie et... 160
 Symptômes et traitement des rétro-déviation non compliquées... 293
 Syphilis congénitale? Une mère saine doit-elle allaiter son enfant atteint de... 683
 Syphilis. Contagion médicale de la... 276
 Syphilis, Le pronostic de la... 407

T

Tabac chez les malades. L'usage du... 336
 Testicule, Traitement de la tuberculose du... 541
 Tétanos... 76
 Tétanos, (Guérison d'un cas de), par le sérum antitétanique... 441
 Thérapeutique de l'avortement. Contribution à la... 229
 Thérapeutique générale des dyspepsies... 155
 Thermo-cautére, Extirpation de l'utérus cancéreux à l'aide du... 641
 Thiersch, (Méthode de), de la greffe cutanée... 511
 Thyroïdectomie, Du choix de l'anesthésique dans la... 609
 Tic douloureux de la face, Traitement du... 556
 Tiges de laminaire. (De la préparation des), pour pratiquer la dilatation du col utérin... 239

... isanes, Les... 406
 Traitement abortif des bubons par le bandage compressif... 609
 Traitement chirurgical de l'abcès du poumon... 611
 Traitement chirurgical des luxations des tendons. Nouveau procédé de... 675
 Traitement de la bronchite, Une faute à éviter dans le... 159
 Traitement de la chlorose par l'ovarine et le suc ovarien... 671
 Traitement de la cholélithiase vésiculaire, Diagnostic et... 415
 Traitement de la colique spermatique, Signes et... 145
 Traitement de la chorée de Sydenham par l'arsenic... 671
 Traitement (Nouveau) de la coxalgie par l'arthrotomie... 729
 Traitement de la démangeaison, Etiologie et... 605
 Traitement de l'alcoolisme chronique par la strychnine... 411
 Traitement de la neurasthénie... 602
 Traitement de la pneumonie aiguë... 31
 Traitement de la procidence du cordon... 733
 Traitement de la rhinite purulente aiguë primitive infantile à staphylocoques... 166
 Traitement de la scoliose, Diagnostic et... 543
 " de l'asthme, Le... 405
 " de la tuberculose du testicule... 541
 " de la tuberculose ganglionnaire... 614
 Traitement de la tuberculose pulmonaire... 82
 " de l'avortement. Etude de quelques points douteux dans le... 97
 Traitement de l'éclampsie puerpérale. 387, 453, 514, 584
 " de l'endocardite rhumatismale. 603
 " de lictère... 066
 " de l'obésité par la médication thyroïdienne... 673
 Traitement de l'ongle incarné par le perchlorure de fer... 541
 Traitement de l'ozène. Etiologie et... 674
 " des affections pulmonaires par les bains chauds... 607
 Traitement des affections syphilitiques du globe oculaire par les injections intra-veineuses de cyanure d'hydrargyre... 526, 589
 Traitement des angiomes par l'électrolyse. Du... 301
 Traitement des calculs rénaux... 535
 " des corps étrangers des fosses nasales... 477
 Traitement des crampes des femmes en couches... 229
 Traitement des crevasses du sein par le gaulcol... 291
 Traitement des divers genres de dysménorrhée, Du... 102
 Traitement des douleurs vulvaires chez les accouchées, Du... 173
 Traitement des érosions du mamelon par le stéréol... 546
 Traitement des fissures à l'anus par la cocaïne et l'ichthyol... 229
 Traitement des fractures de la clavicule... 718
 Traitement des folliculites de la barbe... 722
 Traitement des fractures compliquées de plaies... 342
 Traitement des fractures de la rotule... 614

	PAGES	U	PAGES
Traitement des fractures du maxillaire inférieur.....	93	Uretère, Extirpation simultanée du rein et de l'.....	281
Traitement des hémoptysies des tuberculeux.....	406	Urine, Traitement faradique de l'incontinence nocturne d'.....	629
Traitement des hémorrhagies utérines.....	348	Usage du pessaire dans les déviations utérines.....	294
Traitement des hémorroides saignantes, Le.....	471	Usage du tabac chez les malades, L'.....	336
Traitement des luxations anciennes de l'épaule, Diagnostic et.....	473	Utérus cancéreux, (Extirpation de l'), à l'aide du thermo-cautère.....	61
Traitement des métrites blennorrhagiques, Diagnostic et.....	347	Utérus, De la dilatation de l'.....	170
Traitement des plaies de jambe.....	90	Utérus, Traitement palliatif des cancers inopérables de l'.....	54
Traitement des pneumonies et bronchopneumonies par les inhalations phéno-créosotées.....	719	V	
Traitement des rétro-déviations non compliquées Symptômes et.....	293	Vaccination, La.....	178
Traitement des suppurations pelviennes au Congrès de Genève.....	730	Vaccination, La pratique de la.....	232
Traitement des vulvites et vaginites des petites filles.....	682	Vaccinations anticholériques dans l'Inde, Les.....	248
Traitement du cancer du rectum.....	476	Vagin. (Hématome de la vulve et du) consécutif à un accouchement normal.....	755
Traitement du croup, Inconvénients et dangers du réjet spontané des tubes dans le.....	302	Vaginites des petites filles. Traitement des vulvites et.....	682
Traitement du Dr Cyrus Edson contre la phthisie, L'aseptoline.....	335	Vagissement intra-utérin.....	321
Traitement du diabète sucré par la médication alternante.....	35	Valeur antiseptique de quelques substances employées en obstétrique.....	37
Traitement du rachitisme.....	555	Valeur des médicaments antipyrétiques, La.....	337
Traitement du tic ouloureux de la face.....	336	Valeur nutritive du pain blanc et du pain bis, La.....	469
Traitement chirurgical de la paralysie infantile.....	477	Variole, La sérothérapie de la.....	120
Traitement faradique de l'incontinence nocturne d'urine.....	629	Variole, L'étiologie de la.....	54
Traitement hydrothérapique de la fièvre typhoïde.....	538	Vasomoteurs, (Du rôle des), dans les maladies du système circulatoire.....	405
Traitement, L'appendicite et son.....	279	Ventrofixation, Nouveaux cas d'opération césarienne nécessitée par une.....	423
Traitement mécanique dans les luxations congénitales de la hanche, L'intervention sanglante et le.....	346	Verge, Charles, M. D.—Des causes et de la curabilité du cancer.....	1
Traitement médical et chirurgical du goitre.....	577	Version, (Accouchement forcé et), pour insertion vicieuse du placenta.....	168
Traitement nouveau de la surdité.....	167	Version podalique, De l'évolution fœtale dans la.....	38
Traitement palliatif des cancers de l'utérus inopérables.....	542	Vésication cantharidienne, moyen de rendre inoffensive la.....	604
Traitement précoce des tumeurs blanches.....	286	Vésicatoire, Dangers et inconvénients du.....	278
“ précoce du pied-bot congénital.....	545	Vessie, Fragmentation spontanée des pierres dans la.....	418
“ prophylactique de l'ophtalmie des nouveau-nés par le nitrate d'argent en solution faible.....	39	VILLENEUVE, Dr Georges.—Etude médico-légale; les aliénés devant la loi.....	131, 193
Traitements récents de l'hypertrophie prostatique, Les.....	284	Voies biliaires, (Le cancer des), et du pancréas.....	340
Traumatismes de la cloison nasale, Les.....	676	Voies respiratoires supérieures, (Contrôle des hémorrhagies des).....	712
Tremblements, La séméiologie des.....	601	Voix, Extinction de, guérie à la suite d'une hystéropexie.....	513
Tubage à l'hôpital Trousseau pendant l'année 1895, Réflexions sur la statistique du.....	364, 431	Vulve (Hématome de la) et du vagin consécutif à un accouchement normal.....	755
Tube d'O'Dwyer modifié, Ecouvillonnage du larynx dans le croup membraneux, à l'aide du.....	559	Vulvites et vaginites des jeunes filles, Traitement des.....	652
Tuberculeux, Traitement des hémoptysies des.....	406	W	
Tuberculose chez les jeunes enfants, La.....	300	WYATT-JOHNSON, M. D.—De l'emploi du sero-diagnostic de Widal dans la fièvre typhoïde et de sa mise en pratique dans les laboratoires d'Algérie.....	61
“ de la parotide.....	539	WILHELM—Sur un cas de maladie de.....	71
“ du testicule, Traitement de la.....	541		
“ ganglionnaire, Traitement de la.....	614		
Tuberculose, La sérothérapie de la.....	307		
“ pulmonaire, Traitement de la.....	12		
Tumeur blanche, De la.....	221		
Tumeurs adénoïdes, (La question des), au cinquième congrès international d'otologie.....	166		
Tumeurs blanches, Traitement précoce des.....	286		