

## 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.

---

## Leçon Clinique

Donnée aux Elèves de l'Université-Laval, à l'Hôpital Notre-Dame

Par A. T. BROUSSEAU, Prof. de Clinique Chirurgicale.

---

MESSIEURS,

J'ai à vous entretenir aujourd'hui de certains cas insolites de hernie. Je crois vous être utile en vous signalant les particularités étranges que j'ai observées sur trois ou quatre des malades que j'ai eus à traiter depuis quelques mois.

Après avoir rapporté ces observations, nous en déduirons des conclusions pratiques qui vous serviront plus tard.

Définissons d'abord la hernie étranglée. Gosselin dit : " Il y a *étranglement* dans une hernie lorsque les viscères éprouvent une constriction qui gêne la circulation du sang, celles des matières intestinales, et s'oppose à la rentrée des viscères dans le ventre."

Cette définition est une des plus exactes et des plus complètes qui aient été données.

OBSERVATION.—M. P. B., âgé de 70 ans, était en parfaite santé avant hier midi, lorsque, voulant soulever une grosse pierre, il a senti quelque chose céder dans son côté droit et une tumeur faire immédiatement irruption. Depuis il a éprouvé des coliques, plus une douleur continuelle vers les anneaux inguinaux. Cette tumeur remplit déjà tout le scrotum. Cette hernie n'est pas étranglée puisque le malade passe des matières fécales et des gaz comme à l'ordinaire. Cependant, vu qu'elle est récente, nous allons en essayer la réduction.

Le patient est mis sous l'influence de l'éther et le taxis méthodique est pratiqué durant 10 minutes, mais sans succès.

Les anses intestinales herniées étant remplies de gaz, je fais une ponction aspiratrice afin d'en diminuer le volume; et en effet la tumeur diminue considérablement, cependant elle

reste irréductible. On met alors un bandage élastique comptant sur une réduction lente par ce dernier moyen.

J'ai employé souvent l'aspirateur comme moyen de réduction des hernies; dans deux ou trois cas, j'ai pu réduire des hernies jusque-là réfractaires au taxis. Mais règle générale, ce moyen est peu efficace. Je dois dire pourtant que cette ponction capillaire n'a jamais causé de complications dans les cas où elle m'a été inutile.

Remarquez, Messieurs, qu'il est extraordinaire qu'une hernie sorte aussi volumineuse dès la première fois et descende de suite jusque dans le scrotum. Il est probable qu'elle faisait *pointe* depuis longtemps et n'attendait qu'un dernier effort pour tomber dans les bourses.

Permettez-moi, Messieurs, à présent que nous en avons fini avec ce malade, de vous donner connaissance de certains faits qui vous démontreront combien le diagnostic de l'étranglement herniaire présente, dans certains cas, de difficultés et d'incertitudes.

OBSERVATION — Mme T. C., de Montréal, âgée de 55 ans, avait depuis plusieurs années une hernie crurale *réductible* qui devint tout-à-coup *irréductible* le 20 août dernier.

Un confrère, appelé sur-le-champ, lui administre tous les soins habituels en pareille occurrence: taxis, applications froides, etc., etc., mais sans succès.

Demandé en consultation 24 heures après l'étranglement, j'appris que l'on avait pratiqué le taxis méthodique avec chloroforme, mais encore sans résultat.

Il y avait vomissement, constipation; la tumeur était dure, chaude, rénitente. Nous allions entreprendre l'opération lorsque la malade nous dit qu'elle croit avoir passé quelques gaz par l'anus, alors nous différâmes la kélotomie de quelques heures, recommandant à notre patiente de se bien observer.

À notre visite de l'après-midi, elle nous affirma positivement qu'elle a passé plusieurs fois des gaz, cependant la constriction paraît aussi forte que le matin, et les autres symptômes aussi marqués. Alors nous trouvons que ce cas est un de ceux où il est permis d'essayer, avec prudence, un laxatif comme moyen de diagnostic.

Quelques heures après l'administration de ce remède, nous apprenons avec satisfaction que l'huile de ricin a fait effet, et que la douleur, la tension et le gonflement de la tumeur sont beaucoup diminués. Trois jours après, la malade était complètement rétablie.

La particularité de ce cas et les déductions pratiques que nous devons en retirer, c'est que, sans l'émission de ces gaz,

nous aurions certainement fait l'opération, puisque nous avions là tous les signes généraux d'un étranglement herniaire, savoir, fièvre, constipation, vomissements, ainsi que les signes locaux, tumeur rouge, douloureuse et *irréductible* après *taxis méthodique* avec chloroforme.

Il est donc très utile d'interroger tous les symptômes et de savoir interpréter leur valeur et leur signification.

OBSERVATION.—Mme X., âgée de 35 ans, est prise de *symptômes graves du côté de l'abdomen* durant le mois de mars dernier.

Un médecin habile et d'une longue expérience est appelé auprès d'elle, il demande à la mère de la malade si celle-ci porte une hernie; sur une réponse négative, il croit qu'il a affaire à une entéropéritonite et traite sa patiente en conséquence.

Vers le dixième jour, intrigué de voir sa malade toujours empirer, il fait un examen minutieux de tout l'abdomen et découvre dans l'aîne droite un gonflement rouge œdémateux, sensible, un véritable phlegmon fécal. Alors il s'aperçoit qu'il a été induit en erreur et reconnaît une hernie crurale étranglée.

Appelé en consultation, je constatai sans difficulté qu'en effet il y avait hernie; l'inflammation phlegmoneuse considérable qui existait dans l'aîne, *plus l'état pateux* et la *crépitation* ne laissaient aucun doute sur l'état gangreneux de l'intestin.

Il ne nous restait donc rien autre chose à faire que d'ouvrir ce phlegmon, afin de donner issue aux matières fécales qui, aussitôt cette ouverture faite, commencèrent à s'écouler par cet anus contre nature.

L'intestin était gangrené tel que prévu. Cette pauvre femme a eu à la suite une pneumonie, puis une fièvre continue, tellement que l'anüs contre nature n'est pas encore complètement fermé, il reste une petite ouverture qui se comble lentement. Durant deux mois, les matières passèrent par l'anüs contre nature, et durant tout ce laps de temps, la malade n'eut pas une seule selle par les voies naturelles. Nous songions à appliquer l'entérotome de Dupuytran, mais l'éperon n'était pas prononcé, de sorte que les contractions péristaltiques et les tractions méstantériques seules ont suffi à l'attirer, à l'effacer et à permettre le passage des matières fécales par la voie naturelle. Aujourd'hui, il n'y a plus qu'un peu de liquide et des gaz qui passent par le pertuis qui reste encore.

Quelle instruction clinique devons-nous tirer de ce cas? c'est que dans toutes les lésions qui intéressent l'abdomen, le

médecin doit explorer lui-même les anneaux, lieux habituels des hernies; il ne doit pas s'en rapporter aux assertions des patients, ni de leurs proches; combien de personnes, en effet, portent des hernies sans le savoir et trompent ainsi très involontairement leur médecin.

OBSERVATION.—M. A. M. de Ste-Gen. de Bat., âgé de 45 ans portait depuis 9 ans une hernie crurale *réductible*. Le 15 mai dernier il fut se plaindre au Dr Baril, d'une constipation de trois jours de durée, et aussi de ne plus pouvoir faire rentrer sa hernie comme d'habitude.

Le Dr Baril soupçonnant un étranglement lui proposa d'essayer immédiatement le taxis; mais le malade s'y refusa. Ce ne fut que le 17 mai que le médecin fut appelé auprès de son patient. Le taxis fut essayé mais sans succès. On prescrivit des applications froides puis on tenta de nouveau le taxis, sans être plus heureux.

Le malade a plusieurs fois vomi des matières fécaloïdes durant ces trois jours

Le Dr voyant que le taxis est inutile, propose la kélotomie, le malade refuse de s'y soumettre. Le Dr Dufresne est appelé en consultation et en définitive l'on se décide à temporiser. On prescrit des bains, de l'opium, on tente un léger taxis de temps à autre, etc., etc.

Mandé à Ste-Geniève le 1er juin, voici dans quel état je trouve le patient, il est profondément découragé, sa face est grippée, ses membres sont amaigris, son ventre au contraire est énorme, comme dans une ascite très prononcée, son pouls faible et fréquent, il peut à peine se tenir sur ses jambes.

L'examen de la hernie me surprend grandement, je m'attendais à trouver (après 18 jours d'étranglement) des symptômes au moins analogues à ceux rencontrés chez Mme X., dont je viens de rapporter l'*observation*; mais rien de semblable, une simple tumeur au pli de l'aîne, sans rougeur, sans tuméfaction, sans la crépitation due à la gangrène. Je suis tellement étonné que je soupçonne une erreur de diagnostic; je continue minutieusement mon examen et en définitive je corrobore pleinement l'opinion de mes confrères, ce qui est bien propre en effet à induire en erreur c'est que les symptômes locaux sont eux d'une hernie *recentement étranglée, et non pas ceux d'une hernie étranglée depuis 18 jours*.

Ne trouvant aucun symptôme de gangrène je me décide à diviser les téguments jusqu'à l'intestin et là à me laisser guider par les lésions pathologiques. Je n'ai pas besoin de dire qu'il ne m'est pas venu à l'idée à cette période d'un étranglement d'essayer le taxis avant l'opération.

Avec précaution, je divise les tissus couche par couche ; en arrivant au sac la difficulté est extrême, la dissection est minutieuse, très délicate, je ne puis décoller le sac de l'intestin ; en effet, cette hernie est strictement ce que l'on appelle une *hernie sèche* et ne contient pas une goutte de liquide.

Le sac est tellement adhérent à l'intestin que je crains, en le décollant en entier de déterminer une inflammation subséquente, c'est pourquoi je me contente de mettre à nu une portion de l'anse intestinale herniée ; durant la destruction de ces adhérences, il suinte une certaine quantité de sang ; preuve irrécusable de la vitalité de l'intestin.

Je débride ensuite les ligaments de gimbernat et probablement aussi l'anneau du fascia cribriformis par lequel l'intestin a pu être étranglé, (cette hernie étant ancienne il n'est impossible de distinguer ces parties les unes des autres).

Da reste l'intestin n'a ni la couleur *feuille morte* ni la *flaccidité* qui en caractérisent la gangrène.

Après une constriction d'une aussi longue durée, il ne saurait y avoir de doutes quant à l'existence d'*adhérences* entre les *replis du collet du sac* ; conséquemment il faut le débrider puisqu'il peut être la cause principale de l'étranglement.

Toute cause d'étranglement étant ainsi écartée, devais-je, sous les circonstances présentes, réduire ou laisser en place l'anse herniée ?

Suivant le conseil de Gosselin, je lai-sai l'intestin en dehors, en cas qu'il ne soit perforé aux points où la constriction a été plus forte. J'aurais trouvé imprudent de détruire toutes ces adhérences intimes entre le sac et l'intestin, et de remettre celui-ci dans la cavité abdominale.

Cinq ou six heures après l'opération, le malade commençait à aller à la garde-robe, et probablement sous l'effet du mouvement péristaltique, l'intestin rentrait lentement dans la cavité abdominale.

M. le Dr Bril a continué ses soins au patient, qui s'est rétabli promptement. Cet homme travaille depuis longtemps aux rudes travaux des champs. Je lui ai conseillé de toujours porter un bon bandage herniaire, afin de prévenir une récurrence.

A présent, Messieurs, comment expliquerons-nous cet étranglement de 18 jours, ce gonflement énorme du ventre, et malgré cela pas de gangrène de l'intestin ?

Nous avons dit dans la définition de l'étranglement qu'il y avait arrêt du cours des matières fécales, gêne de la circulation sanguine, etc. Il faut admettre que dans le cas actuels, il y avait *obstruction intestinale complète*, mais que la circulation sanguine a pu se faire à travers l'agent constricteur,

soit que celui-ci fut canaliculé et modérément serré ou que l'obstacle n'eût son siège que sur une portion du collet, c'est-à-dire, par *vive arrête*, comme Chassagnac appelle cela. Je serais porté à adopter cette dernière explication.

On cite des cas dans la science où l'étranglement a duré 25 jours et l'anse intestinale n'était pas gangrenée. Mais ces faits sont exceptionnels et ne doivent pas faire dévier le jeune médecin de la règle générale, de l'indication capitale, de lever l'étranglement, de suite, par le taxis ou la kélotomie.

La kélotomie est une opération d'urgence à laquelle doivent être préparés tous les médecins.

Gosselin dit "que sous ce rapport" elle est comparable à la ligature d'une grosse artère ouverte, à la trachéotomie pour un croup ou un corps étranger qui détermine l'asphyxie—il recommande même de faire la herniotomie sans l'aide d'un confrère, en tout temps, en tout lieu.

Les statistiques prouvent surabondamment que la herniotomie faite à bonne heure (avant 36 h. par ex.), réussit infiniment mieux que plus tard.—(à suivre)

---

## Un cas de pleurésie purulente guérie par l'Empyème.

(Lu devant la Société Médicale.)

---

M. M... est âgé de trente ans. Tempérament sanguin, organisation puissante, a toujours joui d'une excellente santé.

Dans le cours de l'hiver dernier, faisant partie d'un club de raquettes, il a fait de longues marches, d'autant plus forcées que son caractère ne lui permettait pas de *trainer*, selon l'expression des amateurs. C'est dans une de ces marches faite vers la fin de la saison, qu'il contracta un rhume sérieux, qu'il ne jugea pas à propos, cependant de soumettre au traitement de son médecin. Il toussa donc toujours plus ou moins, jusqu'au sept mai époque à laquelle il me fit demander vers quatre heures du matin

Je le trouvai souffrant d'une douleur forte à l'épaule droite, particulièrement dans la région scapulaire. La respiration était gênée, le teint légèrement cyanosé; toux fréquente et crachement de mucus taché de sang vermeil; l'auscultation donna un râle muqueux à grosses bulles; pouls 95, d'une force assez facilement dépressible.

Les symptômes de douleur et le crachement existaient depuis la veille au soir vers cinq heures.

Diagnostic: congestion du poumon et de la plèvre. J'ordonnai immédiatement l'émétique à forte dose nauséuse. Je pratiquai une saignée locale étendue, le pouls ne me paraissant pas être réellement inflammatoire, quelques heures plutôt je lui eus trouvé probablement ces caractères.

J'aidai à ma médication antiphlogistique, faite par l'émétique, par les sudorifiques pris en grande quantité sous forme d'infusion chaude, de graine de lin, baume et camomille. Je visite mon patient toutes les trois heures, les mêmes symptômes continuent moins le crachement qui arrête vers midi. Je continue la même médication jusqu'au lendemain, 8 mai. Les symptômes sont plus graves; la gêne de la respiration augmente avec la douleur, le pouls est à 100.

Le Dr Rottot demandé en consultation confirme le diagnostic et le traitement; conseille le calomel et la morphine avec contre irritants, ce que je prescris tout en continuant l'émétique.

Le 9, mêmes symptômes, même traitement, pas de toux.

Le 10, la douleur descend à la base du mamelon, la respiration un peu moins gênée, la figure moins anxieuse, mais le pouls est plus fréquent et plus petit, je continue l'émétique, morphine et brandy.

L'auscultation répétée tous les jours donne une diminution graduelle du bruit respiratoire et la percussion, augmentation de la matité. L'œdème apparaît aux pieds et monte assez rapidement. Je prescris le jaborandi le sixième jour et je le continue jusqu'au dixième. L'effet sur les glandes salivaires est très marquant. Néanmoins les symptômes locaux s'aggravent, la douleur est plus étendue, le souffle bronchique presque nul à la base du poumon, la matité plus considérable; l'œdème augmente, est parvenu jusqu'en haut des cuisses; le scrotum et le pénis sont œdemateux.

J'analyse les urines, point d'albumine.

J'ausculte le cœur, rien d'anormal.

L'œdème vient confirmer mon diagnostic; j'avais un épanchement considérable qui pressait sur la veine cave. L'enlèvement du liquide ou du pus fera disparaître l'enflure, et guérira peut-être mon patient qui en est rendu à son 17ème jour de maladie. En conséquence j'appelle MM. les Dr Rottot et Alloway—que j'avais aussi rencontré en consultation,—j'appelle, dis-je ces messieurs pour pratiquer l'opération. Le Dr Alloway seul put venir, et la ponction ou plutôt l'incision fut faite au moyen du bistouri entre la 6<sup>e</sup> et 7<sup>e</sup> côte en arrière du mamelon, ce qui donna passage à l'écoulement d'une quantité considérable de pus.



Un tube à drainage en caoutchouc est ensuite introduit dans la cavité pleurale à une bonne longueur, et le lavage est fait tous les jours. Injection d'eau phéniquée au moyen d'une forte seringue, puis pansement compressif.

L'opération ne fut suivie d'aucune quinte de toux qui arrive souvent par le déplissement des vésicules pulmonaires.

L'œdème disparut rapidement, grâce aussi aux scarifications multiples pratiquées sur toute son étendue, afin de prévenir la gangrène, qu'il faut redouter alors, quand sa persistance est trop longtemps continue.

Au bout de douze jours, l'écoulement étant complètement tari, l'ouverture fut fermée au moyen d'une simple cautérisation.

Néanmoins, l'état fébrile du malade ne s'amendait guère; à cette époque même l'appétit disparut, une auscultation minutieuse me permit de diagnostiquer une quantité considérable de mucus: un râle fort l'annonçait clairement; je me permis de prédire à mon patient qu'un crachement considérable devant survenir serait la crise salutaire et finale. Il avait besoin d'une prophétie de ce genre pour relever son moral abattu. En effet, une toux fréquente survint, accompagné d'un crachement de muco-pus fétide d'abord, puis sans odeur. Ce crachement dura quatre jours; l'appétit revint bientôt, et le 1er Juillet, mon pleurétique put participer aux amusements de la fête.

J'ai continué depuis l'huile de foie de morue sans interruption. Vers la mi-juillet, il retourna à l'ouvrage, qu'il n'a pas discontinué depuis. Une petite toux survint au commencement d'août, ne dura que quelques jours, et n'a point reparu depuis.

Tel est, MM., le cas de pleurésie aiguë guéri parfaitement par l'emphyème, dont je voulais vous donner connaissance.

#### RÉFLEXIONS.

#### AVANT L'OPÉRATION.

*Douleur.*—Le siège de la douleur au début de la maladie, occupant la région scapulaire, était loin de me faire supposer que j'avais à faire à un cas de pleurésie: dans celle-ci nous rencontrons généralement la douleur à la base du mamelon, comme cela est arrivé quand la maladie fut parvenue à une période plus avancée. Mais ici l'épanchement seul a pu et a dû localiser à ce point l'élément douleur.

*Position du malade.*—Le décubitus fut impossible en aucune manière. Les pleurétiques se reposent tantôt sur le côté sain

et tantôt (et le plus souvent) sur le côté malade, celui-ci, malgré maintes tentatives ne put réussir à se coucher ni sur un côté ni sur l'autre : la position assise, légèrement courbée en avant était la seule praticable.

*Toux.*—A été complètement suspendue à partir du troisième jour jusqu'au trente cinquième, c'est à-dire jusqu'à cette époque où elle a été accompagnée d'une expectoration abondante de muco-pus. Cette expectoration considérable a été prompte comme celle qui se rencontre dans les vomiques. Nul doute que, d'après la nature des crachats, il est permis de supposer qu'il y eut au début de la maladie une inflammation sérieuse d'une partie assez étendue du poumon, inflammation qui a passé par ses périodes ordinaires et s'est terminée par la suppuration.

*Egophonie.*—Elle n'a lieu que lorsqu'il n'existe qu'une quantité peu considérable de liquide, et ce liquide doit être peu dense : c'est dire qu'elle faisait complètement défaut.

*Percussion.*—Nous donnait une matité étendue à partir de la partie antérieure jusqu'à une petite distance de la colonne vertébrale.

*Auscultation.*—La respiration était complètement disparue dans toute l'étendue de la matité, à peine la percevait-on à la partie supérieure.

Ces deux derniers signes étaient bien suffisants à eux seuls pour établir le diagnostic ; néanmoins l'œdème est venu bien à propos l'éclairer, et cela d'autant mieux que deux autres signes me manquaient ; la dilatation du côté malade, et l'absence d'élasticité normale des espaces intercostaux. En effet, la mensuration répétée à diverses reprises ne donna aucune différence morbide entre le côté sain et le côté malade, et l'examen *de visu* me fit constater un mouvement semblable des deux côtés des côtes et des espaces intercostaux.

## OPÉRATION.

Elle a été pratiquée largement ; et je remercie ici le Dr Alloway de son bienveillant concours : une légère ponction ayant fait constater l'existence du pus que l'absence d'égophonie faisait soupçonner d'ailleurs, une large incision fut faite au septième espace intercostal et huit onces (au moins) de pus s'écoula à travers l'ouverture, mélangé de peu de sang. Le drainage fut pratiqué au moyen d'un drain en caoutchouc, introduit à trois ou quatre pouces de profondeur, et d'un lavage à grand courant, au moyen d'acide carbolique ; une partie dans cinquante.

Les auteurs conseillent la ponction au lieu de l'incision large, surtout par rapport à l'introduction de l'air. Ils ne recommandent l'incision que lorsqu'une simple ponction n'a pas été suffisante. L'action de l'air sur le développement ou la formation du pus est une question bien contestée. Rien ne nous oblige, malgré Lister, etc., à croire que l'air contribue à la formation de la matière purulente; et malgré qu'un seul cas ne soit pas concluant, celui-ci néanmoins dispose à croire que Lister et les partisans des pansements protecteurs ne sont peut-être pas dans le vrai. Je comprends difficilement la guérison, par la ponction seule, un cas d'épanchement purulent dans la plèvre étant donné; et je serai plutôt disposé à recourir à l'incision large.

Le danger de l'opération est bien l'incision de l'artère intercostale. Malgré que celle-ci au quart postérieur se divise en deux, et suive les bords des côtes comme une gouttière protectrice, cependant son incision se rencontre quelquefois, il faut donc se tenir prêt à l'hémorrhagie. Une mèche imbibée de perchlorure de fer en vient à bout facilement, d'autant plus que les côtes agissent comme une pression méthodique.

Le caoutchouc doit être préférable au métal; un drain de cette dernière composition est irritable, il faut souvent l'enlever; son contact avec le poumon doit être nuisible.

SÉVÉRIN LACHAPPELLE, M. D.

---

## REVUE DES JOURNAUX.

---

### PATHOLOGIE ET CLINIQUE MÉDICALES.

---

**De la cure des anévrysmes par les applications de courants galvaniques externes,** (M.M. les professeurs GALLOZZI et VIZZIOLI.)—L'idée première d'appliquer l'électricité à la cure des anévrysmes dans le but de provoquer la coagulation du sang, appartient à Alph. Guérard, qui proposa ce moyen à Pravaz, en 1831.

Depuis, un grand nombre de chirurgiens se sont occupés de cette question, les uns, au point de vue clinique, comme Phillips, Ciniselli, Giraldès Stambio, etc.; les autres au point de

vue du mode d'action du galvanisme sur le sang, comme Regnaud et Broca. Mais jusqu'ici on ne s'était proposé de provoquer la formation de caillots oblitérants qu'en ajoutant l'action de l'électricité à celle développée par la présence des aiguilles dans le sac anévrysmal. C'est à MM. Gallozzi et Vizzioli qu'il revient d'avoir songé à appliquer l'électricité seule, par des applications externes, au traitement des anévrysmes.

Nous avons vu pratiquer cette méthode dans la clinique de Gallozzi sur un malade atteint d'une énorme tumeur anévrysmale du tronc brachio-céphalique, qui avait déformé les côtes et repoussé la clavicule, et occasionnait au malade de la dyspnée et des douleurs violentes. Pendant le peu de temps que nous avons pu observer ce malade, il nous a été donné de constater la diminution progressive du volume de la tumeur ainsi que l'amendement considérable des autres symptômes, dyspnée, douleurs névralgiques, etc. Enfin, notre aimable ami le professeur Vizzioli, nous a présenté un malade traité par lui avec succès trois années auparavant, et dont l'histoire clinique a été publiée dans le fascicule de juillet du *Morgagni* : nous avons pu nous convaincre que la guérison s'était parfaitement maintenue depuis lors. Voici la description qui avait été faite de la tumeur avant le commencement du traitement : au niveau de la clavicule droite, on observait une grosseur qui commençait près de l'articulation sterno-claviculaire, et occupait l'espace triangulaire compris entre les deux insertions du sterno-cléido-mastoïdien, et qui faisait une saillie considérable. La clavicule droite était fortement recourbée en dehors surtout dans ses deux tiers internes. Un examen attentif de la tumeur permettait d'y noter un mouvement rythmique correspondant aux battements du cœur, c'est-à-dire de véritables pulsations ; à la palpitation, le mouvement rythmique était beaucoup plus sensible, et il semblait que la clavicule droite y participât. C'était bien évidemment un anévrysmes spontané. Ce malade fut soumis au traitement par les applications externes de courants galvaniques d'après la méthode dont nous parlons, par M. Vizzioli lui-même. Dix-huit séances furent faites à la clinique de M. le professeur Cantani dans laquelle se trouvait le malade, et un nombre égal au dispensaire électrothérapique de l'hôpital clinique, après lesquelles la guérison pût être considérée comme obtenue. A l'heure qu'il est, si on ne constatait pas le soulèvement de la première côte et de la clavicule vers leurs extrémités sternales, il serait vraiment impossible d'affirmer que ce point a été le siège d'une tumeur anévrysmale aussi considérable.

Aujourd'hui cette méthode possède déjà à son actif un certain nombre de résultats cliniques qui permettent sinon de la juger, au moins de fonder sur elle quelques espérances, et qui doivent en tous cas nous engager à l'étudier sérieusement. En effet, M. Vizzioli à lui seul, a traité ainsi une trentaine de cas d'anévrysmes de l'aorte thoracique depuis environ quatre ans. Nous ne nous arrêterons ici que sur douze de ces observations dont nous connaissons assez les résultats pour pouvoir en parler. Dans 4 cas, résultats absolument négatifs ; dans 6, amélioration notable ; dans 2, guérison. Parmi les 6 cas où une amélioration notable fut obtenue et dont la tumeur présentait un volume variant entre celui d'une noix et celui d'un œuf de poule, on observa que la tumeur diminua de volume et que ses parois devinrent plus épaisses et plus résistantes. Malgré tout, dans tous les cas, sans exception, on a calmé les angoisses et les douleurs névralgiques, quelquefois si atroces, qui accompagnent fréquemment ces tumeurs et tourmentent les malades. Voici la terminaison de ces 8 cas :

Deux moururent à l'hôpital des Incurables par compression de la trachée et par rupture du sac interne, comme il arrive si souvent dans les cas bien guéris d'anévrysmes traités par l'électro-puncture. Dans l'un d'eux, M. le docteur Morisani constata à l'autopsie que la portion externe de l'anévrysme, sur laquelle seule pouvait porter l'action de l'électricité était comme l'appendice d'une grosse tumeur interne, c'est celle-là qui s'est rompue ; enfin la présence d'un coagulum fut constatée au point d'application du galvanisme.

Trois autres de ces cas ont été perdus de vue ; enfin, dans le dernier, il a fallu procéder à la galvano-puncture par suite du développement du sac interne. L'état du malade a été amélioré.

Au nombre des deux guérisons indiquées figure le cas observé par nous-mêmes, et dont nous avons parlé au début. Dans le deuxième, qui n'est pas moins intéressant, il s'agit d'un pharmacien de Naples, qui avait été observé d'abord par les professeurs Gallozi et Tommasi. La tumeur faisait une saillie de la grosseur d'une petite noix, à la base du cou, à droite, et appartenait au tronc de l'innominée au point où se détache la carotide primitive. Après quarante applications, la tumeur, ainsi que les symptômes qui l'accompagnaient, étouffements, douleurs, disparurent à peu près complètement.

Voici maintenant de quelle façon la méthode est appliquée : On doit avant tout se servir d'une machine à courants constants, par exemple 8—10—12 éléments de Leclanché, 20—25 de Daniell modifiés par Onimus. L'intensité du courant est

réglée de façon à produire au pôle négatif une accusation de brûlure comparable à une piqûre de sangsue. Les réophores étant imbibés d'eau salée, on applique le pôle positif au centre de la tumeur et le pôle négatif dans le voisinage, en le changeant de place pour éviter la production d'une escharre. Les séances sont renouvelées tous les jours, ou tous les deux jours, et leur durée est de 10 à 15 minutes.

La première fois que cette méthode fut employée par les professeurs Gallozzi et Vizzioli, il s'agissait d'un malade chez qui les parois du sac anévrysmal et les téguments étaient si amincis, qu'ils n'osaient employer l'électropuncture, dans la crainte, d'abord, de ne pas obtenir de coagulum, mais, surtout, de voir se produire des hémorrhagies au travers des piqûres faites par les aiguilles, comme cela a déjà été observé plusieurs fois. L'excellence des résultats qu'ils en obtinrent engageèrent par la suite M. Vizzioli à entreprendre quelques expériences pour bien étudier et établir la valeur de ce procédé.

Ces expériences, dont nous empruntons presque textuellement la description à la relation que l'auteur lui-même en a faite à l'académie de Naples, sont de deux ordres : les unes ont été entreprises sur des organes vivants, et les autres sur des tissus qui avaient subi au préalable une préparation permettant de réaliser à peu près les conditions physico-chimiques d'un sac anévrysmal.

Pour le premier ordre d'expérience, l'auteur se sert de cœurs de chéloniens préparés de façon à être remplis de sang liquide et à pouvoir être soumis ensuite au passage d'un courant. On connaît l'expérience pratiquée d'ordinaire pour démontrer la théorie de Brucke touchant la coagulation du sang, et dans laquelle, si on fait la ligature des vaisseaux du cœur des chéloniens au moment de la diastole, on voit cet organe continuer à battre pendant plusieurs jours, le sang rester fluide durant tout ce temps-là, et la coagulation ne se manifester qu'au moment où le cœur perd totalement sa vitalité. Les cœurs ainsi préparés réunissaient donc toutes les conditions voulues pour rechercher si le passage d'un courant électrique pouvait provoquer le développement d'un coagulum sanguin à l'intérieur d'une enveloppe animale vivante pouvant être comparée, avec une rigueur suffisante, à une poche anévrysmale. On pourrait objecter, il est vrai, que les parois d'un tel cœur sont plus ténues que celles d'un anévrysme et de téguments qui les recouvrent, mais, si on se reporte à ce fait démontré que le sang en circulation amène à chaque seconde sous le champ d'action de l'électricité une nouvelle quantité de matériaux albuminoïdes qui facilitent la stratification à

coagulum, on conviendra facilement que la petite quantité du fluide sur laquelle on opère ici constitue une condition défavorable qui compense parfaitement l'inégalité de résistance des enveloppes au courant.

L'expérimentateur appliquait directement les deux réophores sur le tissu du cœur, de manière à faire traverser par le courant leur ventricule unique dans le sens de leur plus grand diamètre, c'est-à-dire de la base au sommet; ou bien encore pour mieux se rapprocher des conditions physiques du sac anévrysmal, il adaptait à leur surface un lambeau de peau de cadavre préalablement imbibée de sérum. En opérant dans ces conditions, M. Vizzioli a pu se convaincre que l'électricité appliquée directement, ou avec l'intermédiaire d'une enveloppe de peau humaine, sur la surface externe du cœur d'un chélonien rempli de sang, produit des coagula sanguins périphériques, lamellaires, dus au passage d'un courant constant fourni par 25 ou 30 éléments de la pile de Daniell modifiée par Onimus. D'autre part, ses recherches lui ont parfaitement démontré que le coagulum se développait constamment au point qui correspondait au pôle positif de la pile.

Dans le second ordre d'expérience, qu'il divise en deux séries, l'auteur fait observer lui-même qu'il s'éloigne davantage de conditions d'une artère anévrysmatique, mais il a voulu démontrer physiquement l'évidence du passage du courant à travers la peau humaine, et la coagulation par ce courant du sang enfermé dans cette même peau. Dans ce but, il prit une poire en caoutchouc, à parois épaisses, dont il enleva le fond en la coupant transversalement en deux, et qu'il remplaça par un morceau de peau humaine cousue au bord de la moitié qui restait.

L'appareil ayant été rempli d'une solution d'albumine, on y fit pénétrer par le goulot deux aiguilles de Ciniselli plongeant jusqu'au fond; les aiguilles furent mises en communication avec le galvanomètre-type de Schivardi, qui sert à mesurer l'intensité du courant dans l'électro-puncture. A la partie inférieure de ce petit appareil, constitué uniquement par de la peau humaine, on applique les deux réophores d'une pile d'Onimus, de 30 éléments, après les avoir imbibés d'une solution de chlorure de sodium, et on voit aussitôt l'aiguille du galvanomètre marquer 5°, 10° ou même 20°. Il faut donc en conclure que le courant traverse la peau humaine, quoiqu'elle présente ici une moins grande conductibilité que sur le vivant. M. Vizzioli a parfaitement noté que toutes les fois que les aiguilles ne plongeaient pas jusqu'au fond de l'appareil, le courant ne passait pas, ce qui indique évidemment que le passage de l'électricité

n'avait lieu que dans les couches inférieures de la solution albumineuse qui étaient plus directement en contact avec la face interne de la peau.

Ceci étant établi, l'expérience fut répétée avec du sang pur, qui fut conservé à l'état liquide par l'abaissement de la température. Voici comment procéda l'auteur pour ce nouveau genre d'expériences : il plaça dans un récipient largement évasé un mélange de sel de cuisine et de morceaux de neige ; par-dessus il appliqua un large morceau de peau humaine adaptée à la concavité du vase ; puis, il y versa du sang au moyen d'un tube en caoutchouc mis en communication avec la carotide d'un chien. Le sang, ainsi placé au milieu d'une température de 0°, se congèle mais ne se coagule pas ; c'est là une des raisons qui ont fait abandonner l'emploi de la glace dans la cure des anévrysmes, et Velpeau rapporte même qu'ayant appliqué autour d'une tumeur anévrysmale un mélange réfrigérant de glace et de sel, il vit la tumeur se durcir instantanément, puis se ramollir dès que la chaleur revint. Pour lui faire reprendre sa fluidité pendant toute la durée de l'expérience, il suffisait ensuite de chauffer les parois du vase avec une lampe à alcool pour en élever la température de quelques degrés. Quand le sang était redevenu liquide, M. Vizzioli plaçait entre la couche de glace et la peau deux réophores dont l'un était mis en communication avec le pôle positif de la pile et l'autre avec le pôle négatif. D'autre part, deux aiguilles de Ciniselli, en rapport avec un galvanomètre, plougeaient dans le sang comme dans l'expérience précédente. Aussitôt que la pile était mise en activité, l'aiguille du galvanomètre type marquait 10°, 15° ou 20° et au bout de 5, de 10 ou de 15 minutes, selon les cas, le coagulum commençait à se produire au pôle positif pour de là se propager insensiblement jusqu'au pôle négatif, et former ainsi une couche qui occupait le fond du vase, ou plutôt de la peau qui constituait ce fond. Si après cela on plaçait les aiguilles de Ciniselli au centre du liquide le galvanomètre ne traduisait le passage d'aucun courant ; on n'observerait pas non plus de coagulation de cette partie de fluide si on prolongeait la durée de l'expérience, ou bien alors il survenait une coagulation en masse commençant par la superficie du sang, comme dans la coagulation naturelle.

On peut donc conclure de ces expériences :

1° Que le coagulum, dans le 1<sup>er</sup> cas, est bien dû réellement à la seule influence de l'électricité appliquée à la face externe de l'enveloppe, puisque la coagulation a commencé par le pôle positif, dont des expériences fort inattaquables ont démontré



le pouvoir coagulant, et qu'enfin la coagulation occupe toujours au début le fond du récipient ;

2<sup>o</sup> Que les coagula se forment exclusivement au contact de la face interne où les rayons électriques ont la plus grande intensité, et non au centre du sac anévrysmal ou aux points de surface se moulant et se stratifiant sur cette même surface interne. On n'a donc pas à craindre, avec ce procédé, de voir ces coagula transportés par le courant sanguin sous forme d'embolies, comme de nombreux faits cliniques ont démontré qu'il pouvait survenir dans d'autres cas.

Les observations cliniques, appuyées par les expériences des laboratoire, démontrent donc la possibilité d'obtenir un caillot susceptible d'organisation ; le malade qui nous a été présenté, et dont la guérison remonte à trois ans, en est une preuve manifeste.

Maintenant, ces caillots ont-ils les mêmes qualités physiques et, par conséquent, les mêmes propriétés que les caillots ordinaires ? Il est encore difficile de répondre. Mais, ce que nous savons bien, c'est que l'expérience a démontré, comme les recherches de Broca et de Regnault en témoignent, que les courants électriques agissent surtout en coagulant l'albumine du sang, tout en provoquant également la coagulation de la fibrine tandis que les caillots formés spontanément ne retiennent que fort peu d'albumine dans leur réseau fibrineux.

Pour conclure, nous dirons :

1<sup>o</sup> Que les applications externes de courant galvanique peuvent déterminer la formation de caillots stratifiés dans les sacs anévrysmaux ;

2<sup>o</sup> Qu'on peut, par cette méthode, obtenir des améliorations équivalentes à des guérisons ;

3<sup>o</sup> Qu'on observe en tous cas la diminution du volume de la tumeur et l'amendement des symptômes, principalement des douleurs névralgiques ;

4<sup>o</sup> Que cette méthode ne présente ni inconvénient ni danger puisqu'elle peut être appliquée par le malade lui-même :

5<sup>o</sup> Qu'on peut la combiner avec une autre méthode, l'électropuncture par exemple, dans les cas graves.—*Le Nouveau Journal Médical.*

**Traitement de la syphilis infantile.**—L'action du mercure est réellement puissante dans la syphilis infantile. Voici le traitement que je conseille de prescrire, en pareil cas, et de faire rigoureusement exécuter.

Tous les matins et tous les soirs, vous ferez faire à l'enfant

des frictions, alternativement, dans les aisselles, aux aines, aux jarrets, avec l'onguent napolitain.

Quatre fois par jour, vous lui ferez prendre des gouttes de liqueur de Van Swieten dans un peu de lait, en augmentant, au besoin, jusqu'à trente, quarante gouttes par jour. Vous recommanderez d'employer, pour cet usage, des cuillers en bois, ou des tasses en porcelaine, car les cuillers d'argent seraient rapidement recouvertes d'amalgame et altéreraient la préparation mercurielle.

Ce traitement doit être longtemps continué, pendant des mois entiers. Je ne recommande point de le suspendre pendant la première période, mais de se contenter d'abaisser et d'élever les doses d'une façon méthodique. A moins, toutefois, que l'amendement rapide de tous les signes n'indique un arrêt momentané du virus syphilitique. Je ne puis vous donner des conseils plus précis. C'est une affaire de tâtonnements. Quand, par exemple, la peau du visage reprend sa transparence, que le nez se dégage et que la région anale se nettoie; quand le sommeil, le calme renaissent et le développement de l'enfant a repris son cours, je diminue graduellement les doses de liqueur de Van Swieten. De 30 gouttes, je descends successivement à 20, à 10, à 5 gouttes par jour, et, à la moindre recrudescence de symptômes locaux ou généraux, je reprends rapidement les doses élevées. Il en est de même des frictions cutanées. J'en diminue l'étendue, ou le nombre, simultanément,—comme le chiffre des gouttes,—sans jamais les suspendre complètement pendant les cinq ou six premiers mois des manifestations syphilitiques. Cette ligne de conduite m'est dictée par la marche rapide du virus chez les nouveau-nés. Aussi, est-ce de bonne heure, vers le quatrième et le cinquième mois, que vous commencerez l'administration concomitante de l'iodure de potassium. Vous le prescrirez sous forme de sirop de Gibert, dont l'enfant prendra en quatre ou cinq fois, étendu dans de l'eau, la dose d'un quart à une demi-cuillerée à café par jour comme pour la liqueur de Van Swieten, élevez et abaissez la dose en vous guidant sur la marche de certains signes évidents et de l'état général des forces. Puis, arrivés à cette période déjà éloignée, si l'enfant paraît en bon état, cherchez à suspendre tout traitement, tout en redoublant d'attention, tout en guettant le retour offensif de la maladie.

Vous devez être surpris de ne point m'entendre vous parler des bains de sublimé, dont l'emploi est si général. C'est qu'en effet, je ne crois à leur efficacité que dans les cas d'ulcération de la peau. Autrement, voici ce que j'ai pu observer maintes et maintes fois quand je suivais cette pratique. Ou bien le

bain de sublimé est trop court et le mercure n'agit que comme une lotion, utile, sans doute, mais sans exercer une action assez profonde pour enrayer la syphilis; ou le bain est trop prolongé et l'enfant s'affaiblit par le fait du séjour dans l'eau chaude, bien plus qu'il ne se réconforte par le mercure qu'il absorbe. Je ne crois pas, en outre, qu'il soit favorable aux petits syphilitiques d'être constamment exposés aux refroidissements, auxquels ils sont très sensibles. Ils manquent de calorique. Les forces de la vie n'en produisent guère chez eux. C'est pour toutes ces raisons résumées que je fais absorber le mercure sous forme de frictions, de liqueur de Van Swieten, et que je me contente, quand j'en reconnais la nécessité, des lotions de sublimé comme modificateur local des nombreuses manifestations cutanées dans la région anale,

L'enfant doit être maintenu dans des appartements chauffés à une assez haute température (18° à 19°), entouré de langes épais, ne pas être sorti dans la mauvaise saison, par les grands froids. On ne le soumettra à l'hygiène des bébés qu'après une très-notable amélioration. Il va de soi qu'il ne peut être confié pour l'allaitement, qu'à sa mère, puisque les accidents secondaires de la cavité buccale sont notoirement contagieux. À défaut de la mère, procurez-lui du bon lait de vache; mais je vous l'ai dit à satiété, cet allaitement artificiel est loin de valoir, surtout chez ces petits malades, le lait de la mère. C'est à l'aide de ce traitement et de ces précautions que vous arriverez, quelquefois, à enlever à une mort certaine ces malheureux syphilitiques. Ne vous endormez pas dans une sécurité trompeuse, craignez les récidives. Avertissez les parents. Il faut que l'enfant soit souvent soumis à votre examen, même si le développement est en faveur d'un retour persistant à la bonne santé. Vous trouverez alors telle petite tache, tel petit point de repère qui varie, du reste, avec chaque malade, vous indiquant la présence du virus et sa tendance à de nouvelles apparitions. Je vous ai rapporté l'histoire de petits syphilitiques, aujourd'hui déjà grands, qui, de temps à autre, ont besoin d'une sorte de petite cure périodique par le mélange associé de mercure, et, si la mère nourrit, de l'iodure de potassium. Telle est la règle, même dans les cas les plus heureux. Prenez-en bonne note. (Extrait d'une leçon clinique de M. Jules Simon, in *Progrès médical*).—*Le Concours Médical*.

**Traitement de la gale.**—Si l'on voulait faire l'historique des diverses médications que l'on a employées contre la gale, et passer en revue les étapes successives de ce traitement, une

conférence entière ne suffirait pas. Je ne m'arrêterai point à ce travail fastidieux. Par une suite d'essais prolongés et multiples, on a révolutionné le traitement de la gale. Autrefois il fallait plusieurs semaines et plusieurs mois pour traiter la gale. L'hôpital Saint-Louis était encombré de galeux; plusieurs salles leur étaient consacrées. Bazin, par une série d'études admirables, réduisit la durée de ce traitement à quatre jours, puis à deux jours. Après lui, M. Hardy est arrivé à la réduire à une heure et demie. Maintenant on guérit la gale en une heure et demie; aussi les galeux ne sont ils plus admis à l'hôpital; ils sont soignés par ce qu'on appelle le traitement externe.

Ce traitement si rapide de la gale est ce qu'on nomme vulgairement *la frotte*. Il se divise en trois parties :

*Première demi-heure.*—Le malade nu, absolument nu, se frotte des pieds à la tête ou plutôt jusqu'au cou, avec du savon noir.

*Deuxième demi-heure.*—Il est plongé dans un bain tiède, dans lequel il continue les frictions avec du savon noir.

*Troisième demi heure.*—A la sortie du bain, il se frictionne le corps avec la *pommade sulfuro alcaline d'Helmerich*. Mais il remet ses vêtements sans s'essuyer, de façon à garder cette pommade sur le corps pendant vingt-quatre heures.

Pendant que le malade fait ses frictions et prend son bain, ses vêtements sont purifiés dans une étuve spéciale, à une température de 120°, et exposés à des vapeurs sulfureuses.

Quant à la théorie de ce traitement, les deux premiers actes frictions avec le savon noir et bain tiède, sont destinés à ramollir l'épiderme et à ouvrir les galeries où se trouve l'insecte, de façon que, son sillon étant ouvert, l'acare soit atteint par la pommade parasiticide. Sans cette précaution, l'insecte, protégé dans son terrier, ne serait pas tué. Le troisième temps consiste dans l'application de la pommade insecticide qui tue l'animal.

Les résultats de ce traitement sont, pour le dire en un mot, excellents et vraiment merveilleux. Grâce à ce traitement, 4,000 galeux sont traités ici annuellement.

Le traitement de l'hôpital, que je viens d'exposer, est un traitement rude, dur, désagréable, qui excite violemment la peau et détermine quelquefois de véritables poussées eczéma-teuses.

Nous pouvons l'adoucir et le mitiger. D'abord le savon noir n'est en rien indispensable, il est irritant pour la peau. Comme il ne faut qu'une action mécanique seule, on peut le remplacer par du savon de toilette, ou de la poudre de savon, des

savons parfumés pour les élégants. La pommade sulfuro-alkaline d'Helmerich est trop irritante à cause de ses doses forcées ; M. Hardy l'a un peu modifiée :

Axonge .....	℥ iij
Soufre .....	3 iv
Sous-carbonate de potasse .....	3 ij

En ville on se trouvera mieux de prescrire la pommade suivante, plus douce et plus agréable :

Glycérine .....	℥ vj
Gomme adragante.....	gr. xv
Fleur de soufre.....	℥ iij
Carbonate de soude.....	℥ jss

On le parfume à volonté.

On ne laisse pas non plus le malade englué de pommade pendant 24 heures après ses frictions ; on lui prescrit de se plonger dans le bain, de s'essuyer et de remettre du linge frais. De même chez lui, il doit immédiatement changer ses draps de lit et tout son linge de corps, brûler ses gants, etc.

Pendant les jours suivants, il prendra quelques émoullients et se servira de poudre d'amidon ou de glycérosé d'amidon. (*Gaz. des hôp.*—*Revue de ther. méd. chirurg.*)

**Du coup de froid chez les enfants,** par M. PARROT.— On observe fréquemment chez les enfants, soit en ville, soit à l'hôpital, des accidents qui n'ont rien de particulier en eux-mêmes, mais qui présentent ce caractère commun d'être survenus sous l'influence de ce qu'on peut appeler *un coup de froid*. Chez eux, en effet, l'influence du froid est considérable et il suffit souvent d'une exposition très courte à un refroidissement pour que les accidents éclatent. Le coup de froid se prend aussi bien à l'intérieur des maisons qu'à l'extérieur, et dans les deux cas, les symptômes se manifestent à peu près de la même manière. Ceux-ci débutent ordinairement brusquement. Quand il s'agit, par exemple, d'un enfant de un an à dix-huit mois, il survient souvent la nuit une attaque d'angine striduleuse. D'autre fois, il y a simplement de la laryngo-trachéite. Enfin, il peut se produire encore tous les phénomènes d'une indigestion : des vomissements, de la diarrhée, quelquefois même un état syncopal et cependant rien dans

l'alimentation ne peut expliquer de pareils accidents. Si le début est plus lent, on observera plutôt de la fièvre, de l'embarras gastrique et de la diarrhée, une pharyngite ou une amygdalite pultacée, le tout accompagné de coryza, sans que les bronches soient atteintes. Cette réunion de symptômes est due au coup de froid et on ne peut bien en connaître la cause que si l'on est convaincu de l'influence possible du refroidissement.

C'est surtout au point de vue du diagnostic avec d'autres affections que cette étude est importante; il est souvent, en effet, extrêmement difficile de se prononcer, et on doit dans ces cas toujours penser à la rougeole dont le début est à peu près le même. On doit donc chercher dans les autres symptômes quelque chose qui puisse venir confirmer cette supposition. Dans tous ces cas, d'ailleurs, un précepte absolu pour le médecin est la nécessité d'examiner la gorge absolument comme on tâte le pouls: c'est le seul moyen d'éviter bien souvent de grossières erreurs.

Le coup de froid peut avoir beaucoup d'autres conséquences, mais M. Parrot a voulu insister sur ces accidents rapides de forme assez variable qui pourraient être attribués facilement à toute autre cause qu'au refroidissement. Pour les éviter, un point important dans l'hygiène de l'enfant est de le faire sortir tous les jours, très peu de temps, si cela est nécessaire; mais que cette sortie ne soit jamais omise à moins qu'il n'y ait de la fièvre. De cette manière, l'enfant supportera mieux le refroidissement. Quant au traitement de ces accidents, il varie avec leur nature, mais, d'une façon générale, on doit mettre le malade dans un milieu à température chaude et relever un peu ses forces avec une potion contenant dix grammes d'alcool et un gramme d'esprit de Mindererus. (*Journal de méd. de chirurg. pratiques.—Le Nouveau Journal médical.*

—

**Du régime lacté dans les maladies du cœur.**—M. Potain donne lecture d'un mémoire intéressant sur l'action du régime lacté dans les différentes maladies du cœur, qu'il divise en quatre groupes principaux: 1<sup>o</sup> les affections organiques; 2<sup>o</sup> les névroses primitives; 3<sup>o</sup> les inflammations aiguës du cœur; 4<sup>o</sup> l'hypertrophie simple du cœur.

Le régime lacté est particulièrement efficace dans les maladies secondaires du cœur, hypertrophies ou dilatations simples ayant un origine rénale ou gastrique; il modifie l'état du rein ou de l'estomac, en ce sens, sur tout qu'il apporte à ces organes

un repos plus complet. Aussi, pour être véritablement efficace, doit-il être absolu et plus ou moins prolongé.

Il intervient encore utilement dans le cas de simples palpitations réflexes, quand leur point de départ est gastrique. L'action diurétique du lait peut être utilisée dans l'hydropisie, surtout et peut-être exclusivement lorsque celle-ci est la conséquence d'un trouble rénal secondaire ou d'une phlogose intercurrente des séreuses. Enfin le régime lacté ne peut être efficace qu'à la condition d'être bien toléré, c'est-à-dire de trouver des facultés digestives et assimilatrices capables d'utiliser convenablement le lait.

M. Maurel (de Cherbourg) rappelle à ce sujet que le régime lacté est souvent employé dans les hôpitaux de la marine contre la diarrhée et la dysenterie chroniques. Si, avec deux litres de lait, dit-il, les malades perdent de leur poids, avec deux litres et demi beaucoup restent stationnaires, tandis qu'avec trois litres le poids augmente chez tous. Il est donc inutile d'arriver à donner cinq ou six litres de lait par vingt-quatre heures, comme on le fait quelquefois.

M. Leudet (de Rouen) cite également les effets remarquables du régime lacté chez les alcooliques atteints d'affection cardiaque.—*Le Nouveau Journal médical.*

**Expériences cliniques sur les diurétiques, par MAUREL.**—L'auteur est arrivé à des conclusions peu satisfaisantes :

1<sup>o</sup> Le nitrate de potasse, incertain au point de vue de la quantité du liquide, augmente les matières solides dans des proportions notables. Les doses les plus actives m'ont paru varier de 4 à 1 gr.

2<sup>o</sup> Le chlorate de potasse, moins actif que le nitrate de potasse pour les matières solides, porte également son action sur la quantité d'eau, qu'il augmente d'une manière sensible ;

3<sup>o</sup> L'acétate de potasse est doublement incertain, tant au point de vue de la quantité du liquide qu'à celui des matières solides ;

4<sup>o</sup> L'iode de potassium, loin d'être diurétique, semble plutôt diminuer la sécrétion urinaire :

5<sup>o</sup> Le salicylate de soude, incertain pour la quantité d'eau, augmente les matières solides.

6<sup>o</sup> Des trois substances végétales expérimentées, digitale, colchique, scille, la première seule est réellement diurétique. Elle augmente en même temps et la quantité du liquide et celle des matières solides ;

7<sup>o</sup> La teinture de colchique est à peu près sans action sur la sécrétion urinaire ;

8<sup>o</sup> Il est de même de la teinture de scille et de l'oxymel scillitique qui se font remarquer par la plus grande diversité des résultats. L'auteur croit peu aux diurétiques. (*Bull. de Thér.—Lyon Médical.*)

**De la digitale.**—Voici, sous forme de conclusions, le résumé des propriétés physiologiques et thérapeutiques de la digitale :

1<sup>o</sup> La digitale est en même temps un sédatif et un tonique du cœur et des vaisseaux ; elle régularise la circulation ;

2<sup>o</sup> Elle agit à la fois sur les nerfs d'arrêt du cœur, sur le myocarde et sur les vaso-moteurs ;

3<sup>o</sup> Dans les expériences sur les animaux, elle accélère légèrement la circulation au début ; chez les malades, à doses thérapeutiques, on constate toujours le ralentissement initial à cause des conditions différentes d'administration ;

5<sup>o</sup> Le ralentissement commence dès le lendemain de l'administration ; son maximum est obtenu à une époque variable suivant les doses (du troisième au huitième jour) ;

5<sup>o</sup> Le pouls commence souvent à s'accélérer légèrement dès le lendemain de la suppression ;

6<sup>o</sup> Dans l'étude du pouls et des tracés sphygmographiques il faut distinguer, comme l'indique Marey, deux espèces de tensions, la tension constante dépendant de la tonicité des parois vasculaires, et la tension variable résultant de la contraction ventriculaire ;

7<sup>o</sup> L'amplitude plus ou moins grande du tracé indique l'état de la tension variable ; la forme des pulsations rend compte de la tension constante ;

8<sup>o</sup> Dans tous les cas de lésions valvulaires mitrales ou aortiques, la digitale, s'adaptant au trouble circulatoire, modifie la tension constante et la tension variable, de telle façon qu'elle ramène le tracé à un type uniforme, caractérisé par une amplitude moyenne, une ligne ascendante un peu oblique, un sommet légèrement arrondi ;

9<sup>o</sup> Quelquefois chez des anémiques, l'action sur la tonicité artérielle fait défaut et la tension variable seule subit l'influence de la digitale ;

10<sup>o</sup> Le pouls bigéminé, lorsqu'il apparaît sous l'influence de la digitale, ne peut pas s'expliquer par une cause mécanique ajoutant à l'influence nerveuse ; il est dû uniquement à l'action des nerfs du cœur ;



11<sup>o</sup> Il n'est pas toujours un signe d'agonie ;

12<sup>o</sup> La digitale à doses trop élevées peut donner lieu à toutes les formes d'arythmie circulatoire ;

13<sup>o</sup> A la période de compensation elle n'est contre-indiquée dans aucune lésion d'orifice, sauf peut-être dans le rétrécissement aortique très prononcé et s'accompagnant d'une grande lenteur du pouls ;

14<sup>o</sup> Pendant la période asystolique des affections valvulaires, elle doit être donnée aussi bien dans les cas d'hypertrophie que dans les cas de dilatation, alors même que le cœur a subi un certain degré de dégénérescence graisseuse ;

15<sup>o</sup> Elle est contre-indiquée seulement dans l'asthémie agonique ;

16<sup>o</sup> Dans les affections cardiaques, 30 ou 40 centigrammes d'infusion de feuilles, 15 à 25 gouttes de teinture, sont des doses suffisantes ;

17<sup>o</sup> L'infusion convient dans les cas d'asystolie où il faut intervenir rapidement ;

18<sup>o</sup> La teinture, le sirop, la digitaline, seront donnés dans les lésions compensées, où l'on peut se contenter d'une action lente et dans les cas d'asystolie avancée ;

19<sup>o</sup> L'examen attentif des symptômes offerts par le malade servira de règle de conduite pour l'emploi des doses progressives ou décroissantes ;

20<sup>o</sup> Chez les anémiques on associera toujours les toniques, les ferrugineux à la digitale ;

21<sup>o</sup> Les injections hypodermiques de digitaline semblent devoir être rejetées comme produisant une irritation locale.—*Le Concours Médical.*

—

**De l'emploi de l'oxalate de cérium contre la toux,** par THEESMAN.—L'auteur a essayé l'oxalate de cérium sur 50 malades, la plupart phthisiques, de l'hôpital Saint Luc (New-York), et dans la plupart des cas il a obtenu un notable soulagement des accès de toux. Voici les conclusions de son mémoire :

1<sup>o</sup> On peut administrer ce remède à la dose de 0.06 cent. et plus en trois prises, et cela pendant plusieurs jours ; on donne 0.04 cent., au début, pour un adulte ;

2<sup>o</sup> L'unique symptôme qui peut se manifester après l'ingestion de cette substance est un peu de sécheresse de la bouche, le premier jour ;

3<sup>o</sup> L'oxalate de cérium, pris en poudre, produit d'excellents effets ; ceux-ci se manifestent au bout de deux ou trois jours, et persistent quelque temps encore après que l'on en a cessé l'usage ;

4<sup>o</sup> Dans la toux chronique, le remède s'administre le matin et le soir ; quelquefois dans le jour, s'il y a lieu ;

5<sup>o</sup> Les résultats sont ordinairement excellents ; ce médicament n'exerce aucune influence fâcheuse sur l'estomac ; il est même très-utile contre les nausées et les mauvaises digestions. (*New-York med. Rec. et Cbl. fur klin. medicin.—Lyon Médical.*)

---

## PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALES.

---

Procédés simples permettant de remplir les indications principales de la méthode antiseptique.—*Acide phénique.*—*Pansement des plaies, des abcès des accouchées.*—*Substances antiseptiques diverses*: par le docteur J. Lucas Championnière, chirurgien de la Maternité, de l'hôpital Cochin.

Nous avons assez souvent parlé du pansement de Lister ici, pour que le lecteur sache très bien que le sujet est trop long à exposer dans un journal. Notre manuel sur la matière est aussi court qu'il est possible et nous y renvoyons pour l'étude de cette chirurgie qui s'impose, à laquelle viennent tous, les uns après les autres, vaincus par l'évidence, les chirurgiens même les plus hostiles au début ; ils trouveront, là seulement, les indications pour appliquer correctement la méthode et en tirer tous les bénéfices.

Mais il peut arriver que cette application correcte soit rendue impossible par le manque de ressources, par l'absence de pièces de pansement. On peut alors, en se souvenant des préceptes de la méthode, avec un emploi de moyens antiseptiques simples, obtenir les résultats principaux, sécurité et réduction à peu de chose de la suppuration.

Beaucoup de nos lecteurs nous ayant demandé de les guider dans cette voie, nous avons réuni dans le présent article les formules indispensables et l'indication des procédés à employer.

Avec ces moyens ils auront déjà fait faire à leur pratique un progrès immense dont leurs malades leur seront reconnaissants.

Tout d'abord il faudra exclure de leur pratique toutes les substances déjà putréfiées comme les cataplasmes, toutes les substances putréfiables, les graisses rancies, et l'eau pure qui transporte les germes et qu'il est facile de remplacer par une

eau inoffensivé, et purifier toutes les surfaces qui peuvent recéler des germes.

Parmi les antiseptiques que l'on peut mettre en œuvre, aucun ne remplace encore bien l'acide phénique, et pour tous les usages, il faut savoir l'utiliser et le manier avec sécurité.

Parmi les inconvénients de cette substance il en est un à connaître; à moins d'une pureté extrême et très rare, il n'est pas directement soluble dans l'eau à haute dose, et on a conseillé de le dissoudre dans une petite quantité d'alcool avant de l'ajouter à l'eau.

Après avoir d'abord adopté cette formule, depuis longtemps nous y avons renoncé, et nous avons remplacé l'alcool par la glycerine, et pour tous les usages chirurgicaux nous employons presque exclusivement les solutions suivantes:

*Solution forte :*

Acide phénique cristallisé .....	℥ jss
Glycérine.....	℥ ij
Eau.....	lb. ij.

*Solution faible :*

Acide phénique cristallisé.....	℥ vj
Glycérine.....	℥ vj
Eau .....	1 pinte.

L'emploi de la glycerine permet la dissolution très parfaite de l'acide phénique dans l'eau; elle rend la solution aqueuse beaucoup moins irritante pour les mains du chirurgien et, d'une manière générale, pour la peau avec laquelle on la met en contact. Depuis plus d'un an nous avons dans notre service d'hôpital constamment préparé des flacons contenant: moitié glycerine et moitié acide phénique, véritable solution titrée servant à faire les solutions phéniquées. Le praticien de campagne peut très bien emporter avec lui un flacon contenant cette solution.

Pour les délicats qui redoutent l'odeur de l'acide phénique, on se trouvera très bien de formuler ainsi:

Acide phénique cristallisé.....	℥ jss
Acide thymique.....	gr. xv
Glycérine.....	℥ ij

L'addition d'une petite quantité d'acide thymique suffit à masquer en grande partie l'odeur de l'acide phénique.

On mélange le contenu du flacon précédent à un ou deux litres d'une eau quelconque, suivant qu'on veut avoir une solution forte ou faible.

Avec ces deux solutions *forte* et *faible*, on peut faire toute la chirurgie antiseptiquement. En effet, c'est avec elles que l'on pratique la véritable chirurgie de Lister, pour préparer le malade à recevoir le pansement spécial. Mais sans faire exactement celui-ci, on peut partout laver avec la solution forte les instruments, les éponges, la peau du patient et faire le lavage terminal des plaies.

On emploie la solution faible pour se laver les mains, pour faire d'abondants lavages au cours d'une opération et surtout pour imbiber les linges restés en contact avec les plaies.

Comment, avec ces moyens simples, agira-t-on pour panser une plaie? S'il s'agit d'une plaie récente bien tranchée ou contuse avec ou sans lésions des os, la plaie et ses environs seront lavés avec soin avec la solution forte à plusieurs reprises, ses lèvres en seront saturées et on placera un ou plusieurs drains debout. (Ces drains de caoutchouc ayant séjournés auparavant dans l'eau forte.)

Pour protéger la ligne de réunion, on placera sur elle une étroite bandelette de taffetas gommé; par dessus un gâteau de charpie imprégné d'eau phénique faible, et par dessus un large morceau de taffetas gommé. Ce pansement peut toujours rester 14 heures en place. A chaque pansement on déplace le tube pour le nettoyer et le raccourcir. Retirer de bonne heure les satures et le drain.

S'il s'agit d'un pansement d'abcès, voici la manière de procéder :

D'abord s'abstenir de tout cataplasme.

Il y a bien dix ans que je n'ai prescrit un cataplasme sur un abcès et j'ai une longue expérience de ce procédé que M. Trélat exposait récemment au congrès de Reims et auquel M. Rochard apportait un appui par le récit de la cure des abcès du foie due à la méthode antiseptique. Nous savons que l'on a quelque répugnance à rejeter l'émollient classique, et cependant il suffit d'avoir agi de la sorte une ou deux fois pour s'apercevoir que l'on calme aussi bien la douleur, et que l'on abrège la durée de la suppuration des deux tiers ou des trois quart du temps.

Quelque soit l'abcès, avant de l'ouvrir on lave avec soin la région à l'eau phénique forte, surtout si elle a été recouverte d'un cataplasme. On ouvre avec un bistouri trempé dans l'eau phéniquée; on vide l'abcès et on injecte dans sa cavité de la solution forte (il faut que la sortie du liquide soit bien libre).

On place dans l'orifice un bout du tube de caoutchouc debout et pouvant être attiré au dehors par un fil.

On prend un fort gâteau de charpie que l'on imprègne d'eau phéniquée faible, et par dessus on met une feuille de taffetas gommé que l'on fixe bien.

Ce pansement ne sera renouvelé que tous les 24 heures. Pour ce faire, on retire le tube pour le laver et raccourcir. Sauf exceptions on ne fait pas de nouvelles injections dans la poche et on place un autre gâteau de charpie imprégné.

On est très surpris de voir, sous l'influence de ce traitement, combien les poches d'abcès suppurent peu, que la rougeur des plaies est insignifiante, que la douleur du phlegmon est soulagée tout aussi bien que par le cataplasme. Il est vrai que si ce soulagement manquait, une injection sous-cutanée de morphine soulagerait mieux que tous les cataplasmes du monde.

J'ai traité de la sorte des abcès grands et petits, abcès péri-néphrétiques, abcès de la fosse iliaque, phlegmon de la paume de la main, abcès du sein, etc. Pour tous, la suppuration est très atténuée, les cicatrices sont beaucoup moins apparentes; pour les abcès de la paume de la main, les complications dues à l'inflammation des gaines, les raideurs consécutives ne se voient plus.

Pour les abcès du sein largement ouverts et traités de la sorte, il est très rare que les abcès multiples se montrent.

Cela est beaucoup d'acquis, et, comme on le voit, avec des procédés qui simplifient énormément pansement et traitement. Mais il ne faut pas se faire l'illusion que l'on obtient ainsi les résultats du véritable pansement de Lister, la suppression absolue de la suppuration, l'arrêt immédiat du phlegmon, les cicatrices linéaires invisibles. On s'approche cependant assez de cet idéal pour se tenir très satisfait d'avoir abandonné les anciens procédés de la chirurgie. Cette suppression de la suppuration d'une poche d'abcès est le phénomène qui frappe le plus les chirurgiens habitués aux anciens procédés: MM Trélat et Rochard l'ont vivement fait remarquer à Reims. Pour les adeptes de la méthode de Lister, c'est depuis longtemps un fait vulgaire.

On peut appliquer à toute la chirurgie des procédés antiseptiques analogues, et cela d'autant plus facilement que ce sont toujours et en toutes régions les mêmes moyens à employer.

Voici par exemple la manière dont nous traitons l'opération de la hernie étranglée, quand le pansement de Lister ne peut être fait.

Mêmes précautions de lavage des instruments, des aides et de la région.

Après le débridement, extirpation du sac; lavages à l'eau forte, suture profonde au voisinage du collet, sutures superficielles, drainage avec le tube debout: un petit lambeau de taffetas gommé sur les sutures, une pile de fragments d'agaric imprégnés d'eau phéniquée faible, un peu de ouate; large taffetas gommé et spica. Pansement au bout de deux jours seulement. On retire le tube, on le lave, puis on le replace après l'avoir raccourci. Enlèvement des sutures du 3<sup>e</sup> au 4<sup>e</sup> jour, pansement quotidien. La guérison est d'ordinaire rapide et sans fièvre.

Dans le cas spécial des accouchées, je pratique un pansement prophylactique dont je recommande l'usage à tous les confrères. Dans mon service d'hôpital je suis arrivé à ce résultat, opérations obstétricales avec mortalité moindre que celle des accouchements naturels, mortalité du reste très faible. Fait paradoxal que j'attribue à ce que pour les accouchements naturels je n'ai pu encore obtenir les soins et les précautions nécessaires aussi bien que pour les opérées. J'ai la conviction absolue que l'on arrivera en les suivant à une mortalité hospitalière moindre que la mortalité urbaine.

Défense à tout élève d'examiner une femme sans s'être lavé à l'eau phéniquée faible, et enduit les doigts d'huile phéniquée au dixième.

Pour une femme qui accouche, on lave les parties génitales avec la *solution forte*, et souvent si l'accouchement dure on lui met sur la vulve une compresse imprégnée d'eau phéniquée faible.

Après l'accouchement, lavage de la vulve à l'eau phéniquée forte, et dépôt sur la vulve d'un linge épais imprégné d'eau phéniquée faible, retrempe quatre ou cinq fois le jour. Jamais d'injections vaginales.

Pour les instruments à intervention, lorsque les instruments ou la main ont pu permettre à des germes de s'introduire, immédiatement après la délivrance, injection abondante d'eau phéniquée forte dans le vagin pénétrant aisément jusque dans l'utérus. Contre toute attente, cette injection caustique qui altère profondément la couleur du sang, qui revient de couleur lie de vin, ne produit que rarement un peu de cuisson passagère.

Après cela, compresse d'eau phéniquée faible sur la vulve et point d'autre injection vaginale les jours suivants.

Tel est le pansement très simple auquel sont soumises ces femmes tant qu'elles ont de l'écoulement et dont le premier effet est de supprimer d'une manière presque complète l'apparition des lochies fétides. Dans les lochies les organismes sont

absents ; quand il y en a ils sont rares et sans vitalité. La convalescence est plus rapide, les complications bien plus rares.

Par ces exemples brièvement signalés, on peut voir combien il est facile de remplir les indications principales de la méthode antiseptique et de se garantir du plus grand nombre des complications auxquelles nous sommes exposés de par nos habitudes chirurgicales. On peut même varier les topiques dans une certaine mesure, car si nous employons l'acide phénique ce n'est pas à cause d'une prédilection personnelle pour une substance indispensable ; mais elle est de beaucoup la plus commode et la plus économique.

L'acide salicylique est infidèle, l'acide thymique est caustique et peu maniable. Cependant, nous avons souvent employé surtout chez des accouchées l'antiseptique de Pennès étendu d'eau. C'est une solution acétique d'acide phénique d'acide salicylique, et d'essence d'eucalyptus. Elle rend de véritables services pour les lavages. Pour la pulvérisation, l'acide salicylique qu'elle contient la rend impossible, parce qu'elle est trop irritante pour les voies respiratoires.

Comme topique sur les plaies on emploie avec grand avantage l'acide phénique dissout dans l'huile.

Soit :

Acide phénique cristallisé .....	3 ijs
Huile d'olives.....	3 iij

Soit, dans quelques cas plus rares, la solution plus forte :

Acide phénique cristallisé.....	3 v
Huile d'olives.....	3 iij

Malgré ces proportions élevées d'acide phénique, les solutions huileuses ne sont jamais irritantes et on peut les appliquer directement sur ses plaies ou en imprégnant du linge ou de la ouate dégraissée.

Pour graisser les doigts ou les instruments, la première solution est excellente.

On fait encore un excellent topique antiseptique avec de la glycérine phéniquée.

Acide phénique cristallisé .....	3 ijs
Glycérine.....	3 iij

dont on imprègne de la ouate, du charpie ou du linge.

Autant que possible, par-dessus ces substances on mettra un imperméable, taffetas gommé ou autre, pour ralentir la volatilisation de l'acide phénique.

Quelquefois l'acide phénique détermine l'irritation. Il détermine quelquefois des intoxications qui se traduisent par des malaises, de l'embarras gastrique et surtout par la coloration noire des urines. Dans l'immense majorité des cas, cela tient à ce qu'on laisse séjourner du liquide injecté dans des clapiers. Beaucoup plus rarement, il s'agit d'une susceptibilité individuelle à l'acide phénique; il faut s'en défier pour les individus en état de marasme.

Enfin, les enfants ont pour l'acide phénique une susceptibilité véritable, et on devra pour eux la manier avec de réelles précautions. Un autre antiseptique moins puissant, mais très précieux aussi, l'acide borique, le suppléera dans ces cas.

On emploiera comme solution aqueuse une solution d'acide borique saturée. L'eau à la température ordinaire n'en dissout guère que 3 à 4 grammes. On peut employer une solution dans la glycérine qui en dissout bien 7 à 8 grammes, et surtout on emploiera la pommade suivante que nous utilisons tous les jours et très largement sur des surfaces excoriées, brûlées, ulcérées après développement d'impetigo et d'eczéma.

Acide borique pulvérisé.....	3 $\overline{\text{v}}$
Vaseline .....	$\frac{3}{5}$ iij

Si l'on veut se faire une pommade très jolie à l'œil, on fera dissoudre l'acide borique au préalable et à chaud dans un peu de glycérine.

Chez les enfants, nous avons employé très largement l'acide borique, traitant les plaies et les abcès avec la solution d'acide borique employé comme plus haut la solution d'acide phénique et nous avons obtenu les mêmes résultats analogues.

Nous avons donné un formulaire rapide applicable à la chirurgie la plus commune. Il serait utile d'y joindre bien des considérations de physiologie pathologique; la place nous manque, et du reste nos lecteurs savent déjà quels sont les principes et les tendances de cette révolution chirurgicale. Ce sont des indications toutes pratiques que nous avons voulu donner, et nous ajouterons encore que le praticien peut employer dans le même but une foule de substances qu'il a tous les jours sous la main, et qui, pour la plupart, étaient employées par les anciens chirurgiens que leur esprit d'observation avaient conduit dès longtemps à préférer les substances antiseptiques aux topiques putréfiables.

Le borax, l'alun, le tannin, le sulfate de zinc, la chlorure de zinc sont de grandes ressources. La térébenthine et toutes les résines sont précieuses. Le goudron est un antiseptique excel-



lent, et certaines décoctions sont suffisamment antiseptiques dans les milieux peu dangereux ; celles d'écorce de chêne, de brou de noix, de feuilles de noyer, etc.

On peut remarquer pour celles-ci comme pour l'acide phénique lui-même, que toutes ces substances étaient connues et employées depuis longtemps. Ce qui caractérise la chirurgie actuelle, c'est la notion exacte de leur puissance, la poursuite des germes, et leur emploi méthodique. Celui-ci n'avait jamais été fait et permet seul la régularité des résultats et la protection efficace des plaies.

**Des taches vineuses.**—De leur traitement par les *Scarifications linéaires*.—Il est des affections dont le seul nom, après des essais thérapeutiques multipliés et variés, mais également infructueux ou incertains, éveille dans l'esprit l'idée d'incurabilité.

Telle est l'affection dont nous trouvons la description complète dans la thèse de M. Colson, et à laquelle M. le Dr Vidal oppose un traitement dont les résultats ont été jusqu'ici très satisfaisants.

Le temps n'est pas éloigné où on ne connaissait des taches vineuses que le nom, encore était-il emprunté au langage vulgaire ; quant au traitement, longtemps il n'exista pas : Balmanno-Squire lutta longtemps, en Angleterre, contre l'idée d'une non-intervention acceptée par les médecins et les malades et fondée sur la crainte d'une cicatrice plus difforme et d'une hémorrhagie grave. "Les gens qui sont atteints de ce mal le gardent avec une résignation toute mahométane."

La tache vineuse ou *nævus vascularis planus*, est une affection consistant en une dilatation ou une augmentation de nombre des éléments vasculaires de la peau, altération le plus souvent congénitale ou tout au moins se montrant dans les premières semaines de la vie ; pour cette raison, on l'a appelé aussi "signe maternel," *nævus maternus*. Ces plaques, par leur coloration, rappellent le liquide sanguin ; elles peuvent passer par toutes les séries de nuances, depuis le rose le plus pâle jusqu'au violet le plus foncé, soit naturellement, soit sous l'influence de congestions passagères. Les nævi roses sont ceux dans lesquels les vaisseaux sont moins abondants et plus profondément situés ; les nævi bleus, ceux dans lesquels il y a un plus grand nombre de vaisseaux de nouvelle formation, surtout dans les couches superficielles du derme ; le premier effet des scarifications est de transformer en rose une tache bleue.

La tache vineuse n'a pas toujours une teinte uniforme; foncée à son centre, sa couleur va en se dégradant jusqu'à la périphérie; elle enveloppe aussi quelquefois des îlots de peau saine. Certaines taches ne forment aucune saillie, d'autres sont légèrement surélevées, et cette saillie, d'autant plus appréciable que le nœvus est plus congestionné, donne à la face, siège habituel de cette affection, une asymétrie choquante. Cette tache est habituellement lisse et non mamelonnée; sur quelques-unes, cependant, existent quelques élevures, mais cette variété n'étant plus de l'angiôme simple, M. Colson la laisse de côté dans son étude, parce qu'elle n'est pas justiciable des scarifications.

Les bords déchiquetés et festonnés donnent à la tache des formes bizarres que la comparaison plus ou moins ingénieuse rapproche des fruits, des animaux, des constellations célestes, etc.

À la surface des taches, aucune modification de l'épithélium, ce qui les distingue des nœvi pigmentaires et, second trait distinctif, dans les parties glabrées, elles ne se recouvrent pas de poils follets. Leur température est plus élevée que celle des parties environnantes.

L'étendue de ces taches est extrêmement variable, elles ne restent pas confinées à la peau, mais envahissent aussi les muqueuses, la bouche, le nez, les conjonctives, le vagin et jusqu'à la muqueuse utérine (Lebert); sur les muqueuses, elles sont habituellement boursoufflées, fongueuses comme des manifestations scorbutiques.

M. Colson présente ensuite une remarque qui est un des points les plus originaux de son travail: " Ces taches, dit-il, ne sont jamais symétriques, le plus souvent elles sont unilatérales et s'arrêtent sur la ligne médiane, et il reproduit cette hypothèse de Balmano-Squire: Faut-il rapporter cette particularité à une lésion du centre cérébro-spinal? "

Quelle relation y a-t-il entre la distribution de ces taches et celle des filets nerveux? Il est certain que, si elles n'ont pas dans leur distribution une régularité aussi rigoureuse que dans le zona, elles n'en ont pas moins avec les troncs nerveux des rapports intimes; cela résulte des observations rapportées par l'auteur. Quelle est la loi pathologique qui préside à cette distribution vraiment intéressante? On l'ignore; un jour viendra peut-être où l'anatomie pourra les expliquer.

Que deviennent les taches vineuses? Elles demeurent en général stationnaires; rarement, on les voit s'étendre ou dégénérer en tumeurs de mauvaise nature. Il n'est pas très rare de les voir suivre une marche régressive et guérir spontanément;

M. Depaul a vu nombre de guérisons spontanées. D'autres fois, une inflammation locale ou périphérique, des ulcérations successives, ont déterminé des guérisons complètes par la formation d'un tissu conjonctif dans lequel le *nœvus* se trouve comme étouffé.

M. Colson établit à quelle époque de la vie apparaissent les taches vineuses, c'est un de leurs caractères diagnostiques; mais quelle est leur origine? Il faut malheureusement avouer qu'aux explications psychiques de "signes," "d'envies de femmes enceintes," n'ont fait place que d'autres hypothèses scientifiques aussi mal établies; est-ce altération nerveuse, excès ou arrêt de développement?

Quoi qu'il en soit, les taches vineuses sont des angiômes simples, c'est-à-dire des dilatations cylindriques des petits vaisseaux des réseaux périphériques et une conformation de vaisseaux également cylindriques sans dilatation ampullaire ou sacciforme (Broca, Robin), ni pelotons vasculaires ou granulations de Porta; enfin, les capillaires dilatés sont principalement ceux de deuxième ordre, c'est-à-dire ceux qui ont deux tuniques et deux ordres de noyaux.

La neoplasie conjonctive concomitante peut dans certains cas déterminer une transformation fibreuse de l'angiôme.

Jusqu'en 1835, on abandonna les *nœvi* maternels à eux-mêmes; c'est alors que Pauli (de Landau), et, en France, Cordier, tentèrent, sans grand succès, de rendre à la peau sa couleur naturelle par le tatouage, procédé infidèle qui avait pour but de faire naître une inflammation curative.

Plus tard, on songea à enlever ou détruire directement le *nœvus* par l'extirpation, la ligature simple ou multiple sous les épingles, méthode qui s'applique bien plutôt aux tumeurs érectiles qu'aux taches vineuses.

La cautérisation sous toutes ses formes a été employée: cautère actuel, nitrate d'argent, acide nitrique fumant, potasse caustique.—Obernethy a employé aussi sans succès la compression prolongée; son application est loin d'être facile.—Broca et quelques autres chirurgiens ont tenté de provoquer une inflammation adhésive, de transformer la tache sanguine en un type inaccessible au sang: dans ce but, ont été employées la galvano-puncture, les matières irritantes ou coagulantes agissant soit à travers l'épiderme, soit en injections; ainsi la teinture d'iode, les emplâtres stibies, le perchlorure de fer, le vaccin lui-même a donné de bons résultats.

La plupart de ces procédés sont d'une application très-douloureuse, nécessitent l'anesthésie générale et laissent des cicatrices variables mais très-reelles, et, dans tous les cas, le chi-

urgien est par avance dans l'impossibilité d'en apprécier l'épaisseur, la forme et l'étendue; c'est donc s'exposer à remplacer une difformité naturelle par une difformité acquise.

Le traitement par les scarifications linéaires, quoique imparfait, réalise le double avantage de s'appliquer aux taches même très étendues, et de ne laisser après elles aucune cicatrice appréciable. Il ne s'adresse qu'aux taches vineuses proprement dites, mais à toutes et dans toutes les conditions de siège et d'étendue; un mauvais état général est la seule contre indication.

Voici comment opère M. Vidal: après avoir fait l'anesthésie locale avec l'appareil de Richardson, la peau étant bien tendue au-dessus et au-dessous de la tache, il trace, avec une petite aiguille lozangique de 3 millimètres de diagonale, une série d'incisions droites, parallèles, distantes de un millimètre et profondes de un millimètre à un millimètre et demi, puis une série d'incisions perpendiculaires aux premières et dans les mêmes conditions qu'elles: on a ainsi limité de petits espaces de peau d'un millimètre carré. A-t-on affaire à un nævus étendu? on incline, dans une séance suivante, les incisions, de façon à ne laisser aucun point qui n'ait été sectionné.

Le premier effet de ces incisions est d'amener une hémorrhagie qui cache le champ opératoire, mais on évite cet inconvénient en commençant par les parties déclives et en tendant bien la peau, au besoin, on s'arrêterait un moment pour essayer avec un linge en tamponnant. L'opération terminée, on essuie la surface scarifiée et on applique rapidement du papier buvard, hémostatique suffisant, qui a l'avantage d'absorber des incisions même le sang qui mettrait obstacle à la réunion par première intention.

L'hémorrhagie arrêtée, on lave la surface avec un pinceau, on réapplique du papier buvard qu'on enlève 5 à 10 minutes plus tard.

Les scarifications restent visibles pendant 2 ou 3 jours, mais 3 jours plus tard, lorsque le malade revient, il ne reste pas de traces, la réunion s'est faite par première intention.

Combien faut-il, pour un espace donné, de scarifications? Au bout de 6 semaines, c'est-à-dire après 6 scarifications, la couleur de la tache est moins foncée; mais une amélioration réelle est lente; une tache violette, par exemple, passe par les différentes phases rouge vineux, rouge grenat, cuivrée, rouge vif.

Pour un nævus rose, il faudrait 15 à 20 scarifications, et la peau apparaît sans cicatrice appréciable.

C'est en cela que le traitement de M. Vidal est préférable à tous les autres.

Comment se fait la guérison? est-ce par le même procédé que les cicatrices ordinaires ou par une inflammation traumatique modérée? Quoi qu'il en soit, les malades n'ont rien à risquer de ce traitement, et tout à en espérer; il est long, dira-t-on, mais quelle est la femme qui ne saurait mettre le temps et apporter le courage nécessaire pour remédier à un "signe qui nuit à ses charmes."—*Le Nouveau Journal Méd.*

**Nouveau procédé opératoire du phimosis congénital**, par le Dr DEEMAUX (de Puy-l'Evêque).—Le phimosis congénital, sans être grave, est une conformation vicieuse assez incommode, pour que ceux qui en sont affectés veuillent en être débarrassés.

D'un autre côté, comme pour toutes les maladies des organes génitaux, le sujet atteint de phimosis tient essentiellement au secret le plus absolu non seulement vis-à-vis du public, mais souvent aussi vis-à-vis de sa propre famille.

Le procédé que je propose remplit pour cela, toutes les conditions voulues : le succès de l'opération est assuré, mon expérience personnelle me permet de l'affirmer. L'opération peut être faite dans le cabinet du médecin; elle n'est ni longue, ni difficile à exécuter; elle n'expose à aucun danger, il n'y a ni écoulement de sang, ni suppuration. Le sujet opéré peut ne pas perdre une heure de travail.

*Procédé opératoire.*—Le prépuce doit être divisé sur la partie antéro-supérieure. On détermine d'avance sur la peau, la limite de la section à opérer, laquelle s'étend de l'ouverture préputiale à la base du gland et est divisée en deux parties égales par un point intermédiaire.

On prend alors un ruban de fil ciré très solide (trois fils ensemble) de trente centimètres de longueur. Ce ruban est passé dans deux aiguilles, dont l'une reste à une extrémité, tandis que l'autre est portée au milieu.

Ceci étant fait, on introduit une sonde cannelée, dans l'ouverture préputiale, on la fait glisser jusqu'à la base du gland ou moins loin si on le juge convenable et on en fait saillir l'extrémité. Par la cannelure de la sonde, on dirige la première aiguille jusqu'à cette extrémité et on traverse le prépuce. On amène ainsi une extrémité du ruban de fil.

La même sonde cannelée vient ensuite faire saillie au point intermédiaire; la seconde aiguille traverse le prépuce et entraîne le ruban de fil double.

Ce ruban coupé au niveau de l'aiguille, permet de constituer

deux anses, dont une embrasse la portion du prépuce comprise entre la base du gland et le point intermédiaire, dont l'autre embrasse la portion comprise entre ce point et l'extrémité du prépuce.

Ces deux anses sont ensuite nouées et fortement serrées, soit séparément, soit simultanément, de manière à étrangler les tissus qu'elles étreignent.

Au bout de cinq ou six jours les tissus étranglés sont coupés; les fils tombent, et le prépuce se trouve ainsi divisé dans l'étendue projetée d'avance; au bout de quinze ou vingt jours la guérison est complète; et, comme je l'ai dit plus haut, il y a eu à peine une goutte de sang écoulé pendant l'opération, à peine une goutte de pus après l'opération.

Cette division ne laisse sur le pénis aucune difformité. (*Courrier Médical.*)—*Le Nouveau Journal Médical.*

—

**Nouveau mode de traitement des rétrécissements du rectum.**—M. Trélat expose un nouveau procédé pour passer une anse élastique dans l'épaisseur des rétrécissements du rectum afin de les sectionner sans produire les lésions graves de la rectotomie linéaire et des autres opérations préconisées en pareil cas. Ce procédé consiste à passer une anse de fil à l'aide d'une aiguille introduite de dehors en dedans, au-dessus du rétrécissement; cette aiguille, fixée sur un manche, se pique, après avoir traversé la muqueuse intestinale, sur une toile garnissant un anneau à tige métallique introduit par l'anus dans le rectum. On retire cette tige, et, avec elle, l'aiguille qui s'y est fixée. On substitue ensuite au fil simple l'anse élastique qui doit sectionner le rétrécissement.—*Le Nouveau Journal médical.*

—

## OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

—

**Des varices chez la femme enceinte.**—La thèse du nouvel agrégé d'accouchement de la Faculté de Paris, M. le docteur Budin, est consacrée aux varices chez la femme enceinte; nous en recommandons la lecture; on trouvera dans cette étude très complète tous les documents bien groupés sur ce point un peu négligé par les auteurs, et cependant fort intéressant, parce qu'il s'agit de lésions qu'on est appelé chaque jour à constater.

Le docteur Budin rappelle en commençant un excellent et récent mémoire du docteur Cazin, couronné par l'Académie, et la thèse d'un confrère parisien, le docteur Paul Richard, thèse fort originale, *Sur la phlébectasie superficielle des femmes enceintes*.

M. Paul Richard a étudié, dans les varices, trois degrés; la dilatation simple, la dilatation variqueuse et la coagulation. Il admet que la dilatation des veines, habituelle chez les femmes enceintes, dépend, comme le veut M. Gueniot, surtout de l'hydremie, de l'excès de volume du sang. Il ne pense pas comme on l'a dit, que l'utérus puisse comprimer les veines iliaques, et déterminer, par ce mécanisme, les varices des membres inférieurs; mais il pense que l'utérus, remontant dans l'abdomen, y augmente la pression d'une manière générale, et augmente la tension des gros vaisseaux veineux qui reçoivent le sang des membres inférieurs et des vaisseaux utéro-vaginaux; de là, difficulté de circulation dans ces derniers et augmentation de volume.

Selon lui les hémorroïdes sont rares et liées surtout à la constipation. La coagulation est le dernier terme de l'altération vasculaire, terme rarement atteint. Il a bien étudié la marche de ces dilatations et montré que si après la grossesse elles disparaissent en partie, elles peuvent encore se montrer à l'époque cataméniale. L'œdème et l'hémorrhagie sont les complications les plus communes. Il cite une observation très rare et curieuse de varices du sein.

Le docteur Budin, dans son étude très complète, a indiqué les principaux de ces faits. Il a noté avec preuve que les varices profondes peuvent exister seules chez la femme enceinte avec des symptômes analogues à ceux que l'on observe en dehors de l'état de grossesse.

D'après ses observations personnelles, M. Budin pense que les varices des membres inférieurs sont, dans la classe ouvrière, bien plus communes que les autres auteurs l'ont pensé; il les a rencontrées chez une femme sur trois. Les autres varices, même les hémorroïdes, sont beaucoup plus rares. Il admet que ce sont des causes très multiples qui favorisent ce développement.

Il a bien fait ressortir le danger de ces varices qui peuvent donner lieu à des hémorrhagies mortelles, même après des déchirures par grattage. Il admet que ces varices sont une source menaçante d'accidents. Dans leur traitement, il signale l'importance de la position et rejette, peut-être un peu légèrement selon nous la saignée. Il conseille la compression.

Avec juste raison, il rejette les conseils donnés en Allemagne

pour la cure radicale pendant la grossesse, surtout par les injections sous-cutanées d'ergotine, comme l'a exécuté Ruge à plusieurs reprises.

Dans le cas d'hémorrhagie incoercible, M. Carin a imité Eriksen, qui avait passé sous la veine une épingle et avait fait une ligature médiante.

M. Budin décrit avec grand soin les varices de la vulve et du vagin qui constituent quelquefois des masses irrégulières, d'aspect et de consistance très singulières, et qui se sont quelquefois traduites par des hémorrhagies foudroyantes à la suite de violence, de grattages ou même à la suite du coït. Dans une observation très remarquable, Cramer, de Dublin, rapporte l'histoire d'une femme, enceinte de six mois, qui, en se livrant à un coït extra-conjugal, fut prise d'hémorrhagie. Elle mourut en moins de trois quarts d'heure. L'amant, effrayé, s'était enfui. Cette femme, ayant été trouvée morte et inondée de sang, il fut poursuivi comme assassin, jusqu'à ce que l'autopsie eut fait voir que les faits avaient bien été ceux qu'il racontait, en montrant une petite plaie vasculaire sous le clitoris. D'autres faits analogues existent.

Les hémorrhagies graves peuvent encore se faire pendant le travail.

Le thrombus est beaucoup plus rarement en rapport avec des varices.

Le traitement ne consiste guère que dans le repos. M. Budin rejette le conseil donné par Deneux, d'ouvrir par la lancette les veines trop volumineuses.

Nous ne serions pas aussi absolu.

Il affirme, en revanche, l'excellent conseil de Blot, de donner du chloroforme aux femmes pour modérer la violence de l'effort; il l'a mis en pratique avec succès.

Il étudie encore des varices du col de l'utérus et celles du ligament large, varices peu connues mais très réelles.

Dans un très bon chapitre relatif aux hémorroïdes, il admet qu'elles sont beaucoup plus rares que les varices des membres, et elles résulteraient surtout de la constipation. Nous n'avons pas de chiffres à opposer aux siens; mais, ayant observé pas mal de faits différents, nous pensons qu'il y a là quelque source d'erreur, car il signale fort bien leur apparition pendant l'accouchement, et celles-ci préexistent au travail, à coup sûr.

M. Budin conseille, dans le cas de complications, la dilatation digitale du sphincter de l'anus. Il rappelle aussi que Fordyce Barker a observé, avec surprise, que l'aloès soulage les malades dans ces cas, et, depuis cette observation, le donne habituellement.



M. Badin termine enfin par l'énumération des varices de l'urèthre, de la vessie et du tronc, cette thèse qui sera lue avec grand intérêt.—*Journal de Méd. et de Chir. Prat.*

**Des effets de la lactation longtemps continuée sur les ovaires et l'utérus.**—Pendant la grossesse, les seins sont le siège d'une congestion qui va s'accroissant tous les jours davantage jusqu'à la délivrance. Il se produit alors une accélération brusque de ce processus, qui peut aller parfois jusqu'à l'inflammation. A cette époque, l'excitation des seins a un grand effet sur les contractions de l'utérus.

Dès que la nouvelle fonction est établie, l'utérus et les ovaires sont le siège d'un processus rapide d'involution : la menstruation est partiellement ou totalement suspendue, parce que l'ovulation est rare pendant la lactation.

Aucun auteur n'a encore parlé de l'effet de la lactation prolongée sur les organes génitaux, si ce n'est Marion Sims, qui a dit qu'elle pouvait être la cause de la métrite du col.

D'après les observations d'un grand nombre de cas, M. Sinclair tire les conclusions suivantes :

1° La lactation tend à empêcher la conception par son influence sur les ovaires en retardant leur retour dans un état où l'ovulation est parfaite.

2° Après le sevrage, l'évolution des ovaires devient plus rapide que pendant la période de lactation.

3° Après une lactation prolongée, sa cessation brusque peut être suivie d'une évolution rapide des ovaires et de l'utérus, donnant lieu à des symptômes d'hypérémie ovarique et utérine.

4° Une lactation prolongée peut produire une *super* involution des ovaires et de l'utérus, amenant, lorsque les circonstances s'y prêtent, un prolapsus complet ou partiel de l'organe. (*M. Times and Gaz. et Journ. d'accouchement de Liège.*)—*Le Nouveau Journal Médical.*

**Rétablissement et augmentation de la sécrétion lactée.**—MM Boucher et Fonsagrives ont constaté l'efficacité de ce moyen pour augmenter ou rétablir la sécrétion lactée et l'abondance du *Ricinus communis* en Algérie nous engage à le recommander à l'attention de nos confrères.

Voici comment il faut s'en servir : on fait bouillir une poi-

gnée de feuilles de ricin dans 1 pinte d'eau ; on baigne les seins dans cette décoction pendant quinze à vingt minutes, on applique ensuite sur les mamelles un cataplasme fait avec une partie de ces mêmes feuilles, et on les laisse sur le sein jusqu'à ce qu'elles soient devenues sèches. Le résultat est obtenu au bout de quelques heures ; mais si la sécrétion lactée est tarie depuis longtemps, on joint l'emploi de fumigations de feuilles de ricin bouillies et dirigées sur les parties génitales. (*Journal de l'Algérie.*)—*Revue de thér. méd. chirurg.*

---

## NOTES DE THÉRAPEUTIQUE.

---

**Pommade contre les blépharides chroniques, par le Dr VIDAL.**—

M. Vidal recommande la formule suivante :

Précipité jaune.....	gr. ij
Axonge.....	3 j
Teinture de benjoin.....	4 gouttes.

Elle réussit également dans l'eczéma des paupières.—*Revue de Thér. méd.-chir.*

**Potion contre la sueur nocturne des enfants, par le Dr MACDONAL.**—

Acide prussique médicinal. ....	8 gouttes.
Sirop simple .....	3 ijss
Eau distillée.....	3 ij

Une cuillerée à thé toutes les quatre heures. En cas d'insuccès, augmenter progressivement la dose jusqu'à une cuillerée et demie toutes les trois heures.—*Revue de Thér. méd.-chir.*

---

---

# L'UNION MÉDICALE DU CANADA

MONTREAL, DECEMBRE 1880.

*Comité de Rédaction :*

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

---

## Exercice illégal de la médecine.

---

Nous avons annoncé le mois dernier à titre d'avis aux intéressés que M. Lamirande chargé par le Collège des Médecins de poursuivre les charlatans et les médecins non-licenciés ou non-enregistrés allait se mettre en fonctions. Du train que vont les choses, la profession sera bientôt débarrassée de ses parasites et l'exercice de la médecine sera sous peu régularisé. La justice pour s'être fait attendre pendant quatre ans n'en sera pas moins efficace et ne laisse aux parties lésées aucun droit de récrimination. Cette nouvelle réforme vient dignement compléter l'œuvre inaugurée par le premier Bureau à propos de l'admission à l'étude et à la pratique de la médecine.

Tout cela va singulièrement rétrécir la porte d'entrée du temple qui avait toujours été ouverte à deux battants pour tout venant et en percer une autre, *pour sortir* qui n'avait jamais existé auparavant. Il en était temps, la circulation n'était plus possible tant la salle était comble.

Plusieurs seront surpris d'apprendre qu'un grand nombre de médecins pratiquent depuis cinq, dix, quinze ou vingt-cinq ans sans s'être jamais donné la peine de réclamer la licence provinciale à laquelle ils avaient droit. D'autres en nombre plus considérable ne se sont jamais fait enregistrer comme membres du Collège des Médecins et un nombre beaucoup plus grand encore n'ont jamais payé leur contribution annuelle au Collège depuis 1876.

Ils ne sauraient pourtant plaider ignorance de la loi, car les appels et les avertissements leur ont été prodigués sans jamais parvenir à troubler leur inconcevable sérénité. Aussi, ils seront seuls, nous n'en doutons pas, à trouver le Bureau trop

sévère jusqu'à ce qu'ils se soient conformés à la loi, une fois là, ils se joindront à la majorité et seront bientôt convaincus que la protection que nous accorde la loi n'est pas trop chèrement acquise à deux piastres par an.

On admettra, d'ailleurs, que les dépenses que le Collège est obligé de faire pour appliquer la loi ne sauraient en justice être réparties sur une fraction seulement de la profession, puisque tous en profitent également.

D'ailleurs, ceux qui paient régulièrement leur contribution auraient droit de se plaindre de cet état de choses, comme plusieurs l'ont fait à différentes époques depuis que la loi existe.

Tout en regrettant charitablement l'embarras dans lequel se trouvent en ce moment plusieurs de nos confrères et le surcroît de déboursés qu'ils sont forcés de faire par suite des poursuites intentées et des amendes imposées par le Bureau, il faut bien admettre qu'ils l'ont voulu et que le Collège des Médecins agit en cette matière en conformité avec la loi et sur les instances réitérées de la grande majorité. Nous avons entendu plusieurs de ceux qui tombent sous le coup de la loi l'admettre volontiers.

Quant aux charlatans, ils doivent vivre dans les transes, sinon ils ne réalisent pas bien la gravité de leur position qui se rapproche passablement de celle des magiciens du moyen-âge. Ils sont cotés beaucoup moins haut par le Collège que par son avocat, et le seul moyen pour eux d'éviter une banqueroute désastreuse, est de faire une cession volontaire.

Nous apprenons à ce sujet une charmante histoire. Un de nos charlatans ruraux les plus convaincus et les mieux achalandés a été condamné récemment par la Cour à une forte amende qu'il a bien et dûment payée, plus les frais, sans crier "bis."

La compétition étant sinon impossible au moins ruineuse avec un aussi rude adversaire que la Justice il a songé à se faire "légaliser."

Pour cela il prend des leçons de médecine ou plutôt de reboutage chez le médecin du village : un vrai médecin celui-là, si on ne tient compte que du diplôme et de la licence, et il se propose dès que M. le Docteur aura fini de le retaper de filer un acte à la législature pour se faire autoriser par elle à pratiquer de nouveau son reboutage revu, corrigé et possible-ment augmenté par Monsieur le Dr. En voilà une bonne, n'est-ce pas ?

Si M. le Dr réussit à mener ce premier élève à bon port, son affaire est d'or, pécuniairement parlant, car tous les charlatans de la province voudront s'en payer une tranche si ça reste

dans les *prix doux*. "Et voilà, comme un galant homme"... fonde une nouvelle école de médecine.

Gare M. le Docteur, ne donnez jamais à votre élève un certificat pour les leçons que vous lui faites suivre, ce serait vous déprecier à jamais aux yeux de tous vos confrères. Que le charlatan veuille devenir médecin, on ne peut l'empêcher d'avoir cette prétention, mais que le médecin se fasse volontairement complice du charlatan, c'est trop déroger.

Que les badaux, que bien des gens intelligents qui n'en sont pas moins badaux pour cela, aient confiance aux charlatans et se livrent à leurs soins, qu'ils veuillent contrecarrer à leur avantage la loi médicale, c'est dans l'ordre, ces préjugés, ces travers de l'esprit humain sont aussi anciens que le monde, et il est inutile d'essayer à les extirper.

Mais de *grâce* ne vous mêlez pas à eux pour monter une pareille scie à la législature, votre titre y serait mal porté et on se moquerait de vous.

Si les membres de la profession veulent se protéger et se faire protéger qu'ils ne soient pas les premiers à se créer des embarras.

---

## Société Médicale de Montréal.

---

Séance du 22 octobre 1880.

Présidence du Dr J. W. Mount.

Le secrétaire donne lecture de son rapport pour l'année 1878-80

Ce rapport est adopté.

M. le président, au nom du comité chargé de s'assurer un autre local pour les séances de la Société, fait rapport qu'il a eu, à ce sujet, une entrevue avec M. l'abbé Sentenne, et que celui-ci a bien voulu mettre à la disposition de la Société une des salles de l'école Saint-Jacques.

Le rapport du comité est adopté, et il est en conséquence résolu que désormais les séances de la Société Médicale se tiendront à l'école Saint-Jacques, No 119 rue St-Denis, coin de la rue Ste-Catherine.

Les élections annuelles étant à l'ordre du jour, M. le Président propose qu'elles soient remises à vendredi prochain, 29 octobre courant, afin de permettre à un plus grand nombre de membres d'y prendre part.

Adopté.

Le Dr Dagenais propose ensuite que la Société Médicale de Montréal, répondant à l'appel du comité de Paris, chargé de

recueillir des souscriptions pour élever un monument à la mémoire du professeur Claude Bernard, souscrive à cet effet la somme de cent (100) francs comme témoignage de reconnaissance et d'admiration pour les travaux de l'illustre physiologiste qui a tant fait pour l'avancement des sciences médicales, et que cette somme soit transmise par le trésorier au Dr E. C. Séguin, délégué du comité pour les États-Unis.

Le Dr E. P. Lachapelle seconde cette motion qui est adoptée à l'unanimité.

Et la séance est levée.

Séance du 29 octobre 1880.

Présidence du Dr J. W. Mount.

Le procès verbal de la dernière séance est lu et adopté.

L'élection des officiers étant à l'ordre du jour, les Drs E. P. Lachapelle et J. A. Laramée sont nommés scrutateurs sur proposition du Dr Dagenais

Le dépouillement du scrutin donne le résultat suivant :

Président : Dr E. P. Lachapelle ; 1er Vice-Président, Dr L. A. E. Desjardins ; 2e Vice-Président, Dr A. Lamarche ; Secrétaire-Trésorier, Dr H. E. Desrosiers (réélu) ; Assistant Secrétaire-Trésorier, Dr L. J. V. Cléroux.

Comité de régie : Drs J. W. Mount, A. Dagenais, F. X. Trudel, C. M. Filiatrault, J. B. Bouchard et L. Laberge.

Après quelques remarques du Dr Mount, le Dr E. P. Lachapelle prend le fauteuil de la présidence.

Le Dr A. Dagenais propose, secondé par le Dr A. Ricard, que des remerciements soient votés aux officiers sortant de charge pour le zèle et l'habileté déployés dans l'accomplissement de leurs fonctions. Adopté.

Sur proposition du Dr S. Lachapelle secondé par le Dr J. B. Bouchard, des remerciements sont aussi votés aux journaux *L'Union Médicale*, *La Minerve*, *La Patrie*, *Le Nouveau Monde* et *Le Courrier de Montréal* qui ont bien voulu publier les comptes-rendus des séances de la Société.

Le Dr J. W. Mount propose enfin secondé par le F. Casgrain, que des remerciements soient également votés à la Faculté de Médecine de l'Université Laval pour l'usage d'une salles de cette institution pendant l'année qui vient de s'écouler. Adopté.

Sur motion du Dr A. Lamarche, secondé par le Dr A. T. Brousseau, M. le Dr P. Carrière, de Montréal, est admis membre actif de la Société Médicale.

Le Dr S. Lachapelle s'engage à donner une lecture à la prochaine séance.

MM. les Drs Dagenais, Fafard, Filiatrault, Mount, Brosseau, Berthelot, Lamarche, E. P. Lachapelle, Ricard, Brossard, Lamoureux et Desrosiers s'inscrivent aussi pour donner des lectures dans le cours de l'année 1880-81.

M. LE PRÉSIDENT après avoir remercié la Société pour l'honneur qu'elle vient de lui conférer exprime l'espoir que l'appui de tous les membres lui est assuré dans la direction de la Société Médicale. Il engage les sociétaires à faire tous les efforts pour rendre les séances aussi intéressantes que possible. Il insiste sur le fait qu'il n'est pas toujours besoin de travaux de longue haleine pour bien remplir le temps de nos séances. De temps à autre certains cas pratiques peuvent être rapportés avec profit, des pièces pathologiques peuvent être exhibées, et la discussion qui devra s'en suivre suffira souvent à rendre nos réunions des plus utiles et des plus intéressantes. Ce qu'il faut avant tout pour assurer notre succès, c'est le concours actif de tous et de chacun. Il est à regretter qu'un si grand nombre de médecins, autrefois membres de la Société, aient jugé à propos de se séparer de nous. Plus regrettable encore est l'apathie de certains membres actuels que nous ne voyons jamais aux séances. Cela ne doit cependant pas nous décourager. Sachons au contraire travailler, pour notre part, plus sérieusement et activement que jamais pour les progrès de la science et l'avancement de notre association.

Et la séance est levée.

—  
Séance du 12 novembre 1880:

Le Dr E. P. Lachapelle, Président, au fauteuil.

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal de la dernière séance, le Dr S. Lachapelle, à la suggestion du Président, donne avis qu'à prochaine réunion il proposera que les procès-verbaux des séances ordinaires de la Société Médicale de Montréal, ne soient pas à l'avenir publiés dans les journaux quotidiens.

Le Dr S. Lachapelle présente ensuite à l'examen de la Société un cas de pleurésie purulente chez lequel il a pratiqué avec succès la thoracocentèse. Il relate l'histoire du cas et donne un exposé clinique des circonstances qui ont précédé et suivi l'opération. (Nous publions ce travail dans le présent numéro).

Cet exposé est suivi d'une discussion à laquelle prennent part M. le Président et MM. les Drs Dagenais, Fafard, Carrière, Filiatrault et H. E. Desrosiers.

Le Dr Dagenais informe la Société qu'à la prochaine séance il présentera un travail sur la Crâniotomie.

Et la séance est levée.

### Brochures reçues.

*Higher Education of Medical men and its influence on the profession and the public.* BY F. A. LENTE A. M., M. D., president of the American Academy of Medicine.

*A case of combine intra uterine and abdominal Twin Pregnancy; the first child born naturally at eight months; the second delivered alive at term by laparotomy.* By H. P. C. WILSON, M.D., New York.

**Nomination.**—M. le Dr Rottot a été nommé médecin du Séminaire du St. Salpice et de l'Hôpital General des Sœurs Grises, en remplacement de feu le Dr Schmidt.

### VARIÉTÉS.

#### Petit Dictionnaire des termes de Médecine.

**ABAISSEUR.**—Les muscles abaisseurs donnent à la face une expression de tristesse et d'affliction. Le *triangulaire* des lèvres, le *myrtiforme*, le *carré* du menton se contractent surtout chez les médecins, par l'abaissement des honoraires et l'ingratitude des clients.

**ABATTEMENT.**—Situation de l'âme chez un jeune médecin à la fin d'une journée pendant laquelle sa sonnette n'a pas été suffisamment agitée.

**ABDOMEN.**—La plus riche et la plus fertile contrée du corps humain pour la médecine pratique. Théâtre de plus de la moitié des drames pathologiques, et celui dont les malades exigent qu'on s'en informe le plus. Malheur au médecin qui a négligé l'exploration de l'abdomen! "Il ne m'a pas palpé le ventre," dit le client; cela veut dire: "Il ne sait pas son métier."

**ABDUCTION.**—Mouvement des bras qu'il faut faire à l'égard de toute proposition qui blesse l'honnêteté médicale.

**ABERRATION.**—Voyez *Homœopathie*.

**ABLATION.**—Action d'emporter, de retrancher ou d'extraire du cœur toutes les mauvaises passions confraternelles.—Opération à conseiller à beaucoup de médecins.

**ABOYEURS (De leur des).**—Nevrose particulière aux infirmes de cœur et d'esprit.

**ABSORPTION.**—Phénomène qui consiste dans l'attraction et la condensation de la clientèle des honneurs et des places. Languissante ou absente chez un petit nombre de médecins, cette fonction prend une activité effrayante chez beaucoup.



d'autres. Inassouvie, cette activité conduit au marasme de l'envie. Satisfaite, elle donne la *plethore fonctionnelle*, c'est-à-dire l'inaptitude à remplir les trop nombreux devoirs qu'elle impose.

**ABSTINENCE.**—Terme trop connu du pauvre cheval du pauvre médecin rural, et souvent du pauvre médecin lui-même.

**ACARE.**—Petit insecte de la classe des arachnides, qui es loge sous le frein de la langue de plusieurs médecins et les pousse irrésistiblement à une démangeaison de médisance contre leurs confrères.

**ACCORD**—Terme très-rarement employé en médecine.

**ADDUCTION.**—Mouvement que le médecin droit toujours faire en présence d'un client offrant l'*honorarium*.

**AFFECTION.**—Si, comme le veut Montpellier, l'affection exprime quelque chose de plus général que la maladie, les médecins sont atteints d'une affection grave, à savoir, de ne pas éprouver assez d'affection les uns pour les autres.

**AFFINITÉ.**—Force inconnue dans le monde médical.

**AGACEMENT.**—Phénomène nerveux qui se produit sur l'auditoire de l'Académie de médecine pendant les discours de MM. X, Y, Z

**AGGLUTINATIF.**—Effet produit par une leçon ou un discours de Trousseau, de Ricord, de Malgaigne, etc.; il collent l'auditeur et le retiennent sur son siège.

**AGITATION.**—Le médecin s'agite, la maladie le mène.

**AGONIE**—Triste état de l'homœopathie en ce moment.

**AI**—Onomatopée spirituelle et un peu farceuse imposée par M. Velpeau à la crépitation douloureuse des tendons.

**ALLOPATHIE.**—Mot absurde et dérisoire inventé par Hahnemann, pour jeter le ridicule sur la médecine traditionnelle.

**AEE.**—Ce à quoi il faut croire, sans chercher à le comprendre.

**AMER.**—Oubli et ingratitude des clients.

**AMORPHE.**—Un grand nombre de productions médicales.

**AMPUTATION.**—Maladie d'un trop grand nombre de chirurgiens.

**ANESTHÉSIE.**—Phénomène le plus utile aux médecins journaliers.

**ASSIMILATION.**—Faculté précieuse chez plusieurs médecins qui, ne pouvant rien produire par eux-mêmes, jouissent d'une merveilleuse aptitude pour s'assimiler et faire fructifier à leur profit les travaux des autres.—Dr SIMPLICE, *Union Médicale*.—(Le Praticien).

---

#### NAISSANCE.

—A Ste-Cécile de Milton, le 17 novembre, la dame du Dr R. St-Jacques, un fils.

# TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE NEUVIÈME VOLUME.

	PAGES.
Académie de Médecine.....	429
Acide salicylique (nouveau mode d'emploi de l').....	41
Acide chrysophanique (l').....	97
Accouchement (un) dans un cas de bassin incomplètement fermé.....	32
Affections cutanées chez les enfants (traitement des).....	113
Affections prurigineuses de la peau (des propriétés anesthé- siques de l'acide phénique dans les).....	41
Âge de la mère (influence de l') sur le sexe de l'enfant.....	34
Allaitement artificiel.....	353
Alcoolisme (traitement de l').....	117
Aliments crus (les).....	47
Analgesie chirurgicale (de l') obtenue par l'action combinée de la morphine et du chloroforme.....	326
Anévrysmes (de la cure des) par les applications de courants galvaniques externes.....	538
Anémie (des alcalins dans l').....	267
Anesthésie chirurgicale.....	452
Anesthésie (par le bromure d'éthyle).....	266
Anesthésie (par le protoxyde d'azote).....	496
Anesthésiques (certains).....	336
Angine diphthéritique (traitement local de l').....	164
Anomalies artérielles (hérédité des).....	144
Aphorismes professionnels.....	383
À quel jour l'accouchée doit-elle quitter le lit?.....	33
Ascite (traitement de l').....	42
Association médicale du Canada (l').....	327-426
Association médicale du Canada (quelle est l'utilité de l').....	470
Association pharmaceutique.....	336
Audiphone.....	96
Autrefois.....	480
AVIS aux médecins.....	528
Bandes de caoutchouc (de l'emploi des bandes de) en chirurgie.....	516
Bibliographie.....	14-158-333-334
Blennorrhagie (traitement de la).....	525
Blennorrhagie (traitement de la) par l'irrigation de l'urèthre..	365
Boissons (hygiène des).....	133

	PAGES
Bonne année ! .....	43
Bouillon (le).....	153
Brochures reçues..... 141-187-285-335-382-429-477-528-575	575
Bromure d'éthyle .....	409
Bromure d'éthyle (mort par le).....	348
Bromure d'éthyle (deux cas de mort par le).....	410
Brulures (pansement des).....	90-365
Bureau Provincial assemblée semi-annuelle du).....	277-379-473
Bureau Provincial et assesseurs.....	425
Calculs urinaires (emploi de la boracite dans les).....	448
Calculs préputiaux.....	508
Calvitie et pilocarpine.....	117
Castration (de la) des hystériques.....	458
Cautérisation au sulfate de cuivre (procédé pour diminuer la douleur après la).....	113
Charlatanisme (le).....	475
Champignons (empoisonnement par les).....	182
Chloral (le) comme anesthésique chez les enfants.....	454
Chloral (des éruptions provoquées par l'usage externe du).....	508
Chloral (de l'administration du).....	269
Chlorose (mixture contre la).....	469
Cholagogues (nouvelles recherches sur les) .....	19
Choléra des poules (le).....	238
Chorée (traitement de la) .....	164
Circulation du sang (hygiène de la).....	81
Clinique de M. le Prof. Potain à l'hôpital Necker.....	245
Clinique (leçon).....	529
Collège des médecins et chirurgiens.....	285-374
Coliodion (le) dans le traitement des maladies des oreilles ...	217
Communication .....	392
Constipation (la) chez les enfants .....	446
Coqueluche (pilules contre la) .....	137
Coqueluche (traitement de la).....	238-525
Cystite chronique (de l'acide lactique dans le catarrhe vésical de la).....	447
Décès..... 48-192-384-431-480-528	528
Déchirure du périnée .....	124
De nos jours.....	480
Dentition (collutoires de).....	136
Diarrhée et dysenterie (traitement de la) .....	271
Diarrhée (oxyde de zinc dans la) .....	423
Digitale (de la) .....	551
Diphthérie (acide tartrique dans la).....	423
Diphthérie (traitement de la) par l'acide oxalique .....	392
Diphthérie pharyngée (pulvérisation d'essence d'encalyptus dans la).....	271
Discours du Dr Mount à la Société Médicale.....	10
Discours de M. E. Brucke, recteur de l'Université de Vienne	232
Discours du Dr A. Lamarche, à l'Université-Laval.....	289
Discours de M. le Recteur.....	305
Drainage des plaies (des crins de cheval employés pour le)....	457

## TABLE DES MATIÈRES

	579
	PAGES
Dyspepsie des jeunes enfants (de la).....	211
Dyspepsie nerveuse.....	367
Dyspeptiques (hygiène des) .....	83
Dyspnée (de l'écorce de quebraco dans la) .....	318
Dysenterie (hedysarum gangeticum dans la) .....	366
Eclampsie (régime lacté comme traitement prophylactique de l').....	69
Ecole de médecine et de chirurgie.....	188
Eczéma (notes sur le traitement de l').....	366
Election triennale.....	272
Effets (des) de la lactation longtemps continuée sur les ovaires et l'utérus.....	568
Emploi (de l') de oxalate de cérium contre la toux.....	552
Empoisonnements (leçon sur les).....	482
Epilepsie Jacksonnienne.....	499
Epithélioma du col utérin (traitement de l').....	519
Eruptions syphilitiques et éruptions vaccinales (diagnostic entre les) .....	399
Erysipèles des bronches et des poumons.....	21
Études médicales (quelques années d').....	183
Expériences cliniques sur les diurétiques.....	550
Exercice illégale de la médecine.....	570
Fécondité .....	188
Fièvre hectique (gelsemium dans le).....	368
Fièvre typhoïde (traitement de la).....	66
Fissure à l'anus (traitement de la).....	515
Fractures (du bandage gommé dans le traitement des).....	78
Froid du coup de) chez les enfants.....	548
Gale (traitement de la).....	546
Gaze de Lister (manière de préparer la).....	457
Genou (résection du) .....	413
Globules rouges (origine des).....	47
Glycerine tonique (préparation de, et suppléant de l'huile de foie de morue.....	270
Gourmes (les) chez les enfants.....	75
Grossesse abdominale congénitale (cas remarquable de) .....	31
Grossesse (carie dentaire de la).....	518
Grossesse (vomissements incoercibles de la).....	424
Hématurie (du gaiac dans l').....	368
Hémoptysie (traitement de l', active au début de la tuberculose .....	437
Hémorrhagie (après l'accouchement.....	220
Hémorroïdes (traitement des, par des injections d'acide phénique.....	40
Hémostase préventive (nouveau moyen d').....	421
Hermaphrodisisme (faux).....	94
Hernie étranglée (bons effets de l'électrolyse dans le traitement de la.....	325
Héros du devoir (les).....	138
Hôpital Notre-Dame.....	225-257-369
Hôpital des variolés.....	528

Hoquet (remède contre le) .....	137
Huile de foi de morue (moyen pour ôter le mauvais goût à l')	424
Huitres crues (pourquoi mange-t-on les) .....	479
Incontinence nocturne d'urine (traitement de l').....	368
Infection puerpérale (traitement de l') par les lavages intra- utérins.....	517
Inflammation (théorie de l') .....	1-58
Injections sous-cutanées d'ergotine (de l'action hémostatique des).....	320
Injection d'atropine et de pilocarpine (influence réciproque les unes sur les autres des).....	321
Insomnies (conseils contre les).....	224
Intoxication saturnine (notes sur l').....	146-194
Iodoforme (moyen de masquer l'odeur de l').....	223
Ipecacuanha (de l'emploi de l') dans le travail.....	175
Lait (sur un procédé d'analyse du).....	431
Larynx (ablation complète du).....	324
Lavements (des) d'hydrate de chloral.....	41
Lavements froids (action antifièvre des).....	269
Lithotomie médiane.....	514
Livre reçu.....	93
Loi médicale (la nouvelle).....	91
Maladies de l'estomac (de la forme médicamenteuse et du mode d'administration des médicaments dans les)....	204-254-312-344
Maladies régnantes.....	526
Maladies zymotiques (hyposulfite de soude dans les).....	368
Mariages.....	384
Médecin de campagne (le).....	287
Médecin et pharmacien.....	158
Médecine (admission à l'étude de la).....	510
Médecine (origine de la) et préjugés populaires.....	289
Médicaments explosibles.....	191
Mensurations thermométriques dans l'estomac humain.....	22
Mésentère (kyste du).....	510
Mesures linéaires.....	432
Métastases (des).....	259
Méthode (la) en thérapeutique.....	402-440-489
Méthode antiseptique (la).....	415
Métrite chronique (prescription contre la).....	468
Migraine (sirop de Debont contre la) .....	469
Miracle .....	144
Mode (nouveau) de traitement des rétrécissements du rectum	565
Mort (études sur la).....	85-128-176
Morts subites causées par l'excitation politique.....	430
Nævus (cure du) par l'éthylate de soude.....	268
Naissances.....	48-192-245-288-384-528-576
Nécrologie.....	231-281
Néphrite (de la pilocarpine dans la).....	137
Névrotomie optico ciliaire.....	49
Noir et blanc.....	185
Nomination .....	575

	PAGES
Ongle incarné.....	29
Opium (vertu de l').....	410
Oreillons (emploi du jaborandi contre les).....	77
Oyaie (traitement de l').....	523
Pansements glycerines.....	174
Paralyse infantile (de la).....	395
Parasitisme nosologique en 1880 (le).....	215
Permanganate de potasse (du).....	525
Petit dictionnaire des termes de Médecine.....	575
Photographes (hygiène des).....	135
Phthisie (du traitement de la) par l'eau froide.....	507
Phthisie pulmonaire (son traitement au début).....	118
Phthisie pulmonaire (traitement de la) par les inhalations de benzoate de soude.....	569
Pommade contre les blépharides chroniques.....	270
Pilocarpine (chez les enfants).....	569
Potion contre la sueur nocturne des enfants.....	126
Placenta prævia (traitement du).....	506
Pleurésie (la mort subite dans la).....	534
Pleurésie purulente (un cas de) guéri par l'empyème.....	318
Pleurésie (un cas de).....	123
Pneumonie aigue des adulte (du traitement de la) par la digitale et l'alcool.....	564
Polypes du nez (cure rapide des) par les ingestions interstitielles d'acides acétique.....	553
Procédé (nouveau) opératoire du phimosis congénital.....	167
Procédés simples permettant de remplir les indications principales de la méthode antiseptique.....	367
Punaisie (traitement de la).....	448
Quinine (de la) comme abortif.....	385
Rage (de la).....	549
Rapport triennal du Collège des Médecins et Chirurgiens.....	71-106-160
Régime lacté (du dans les maladies du cœur).....	568
Régime maigre (de l'avantage du) dans le traitement de la phthisie pulmonaire.....	275
Rétablissement et augmentation de la sécrétion lactée.....	324
Sages femmes (des).....	267
Salicylate de fer.....	310
Salivation mercurielle.....	128
Sang (épanchement du).....	518
Sécrétion lactée (son rétablissement et son augmentation par le ricin commun).....	10-45-186-227-279-328-572
Soin (symptôme négligé du carcinôme du).....	283
Société médicale.....	359
Société médico-chirurgicale.....	469
Sterilité (du traitement par les alcalins, d'une cause peu connue de).....	119
Sueurs des pieds (moyen de désinfection de la).....	423
Sueurs et fétidité des pieds.....	349
Sueurs nocturnes des phthisiques (traitement des).....	
Syphilis (doctrine générale de la).....	

	PAGES
Syphilis (traitement de la) par le jaborandi.....	367
Syphilis Infantile (traitement de la).....	544
Tables des Matières.....	577
Taches de sang (considérations critiques sur les) en médecine légale.....	35
Ténias (fréquence des).....	20
Taille (opération de la).....	140
Tarif médical (le).....	476
Température (changements de) à la suite des lésions de la moëlle cervicale.....	18
Tétanos (traitement du).....	524
Thé (agent thérapeuthique).....	486
Thérapeutique (quelques erreurs en).....	102-155-201-242-391-433
Thoracentèse (de quelques accidents qui peuvent survenir pendant l'opération de la).....	417
Torticolis (traitement du).....	223
Traumatisme rôle étiologique du).....	513
Troubles nerveux locaux consécutifs aux arthrites.....	436
Tuberculose (guérison de la).....	16
Tuberculose (influence de l'alcoolisme sur la).....	505
Tumeurs blanches (nouvelle méthode d'opération des).....	24
Ulcères aux jambes (traitement des).....	121-168
Université Laval.....	181-335-412-475
Université McGill.....	478
Utérus (extirpation de l').....	517
Utérus inversion totale ancienne de l') traitement.....	460
Vaccin.....	73-141
Vaccination animale.....	47
Vaccine (attaques contre la).....	189
Varices (des) chez la femme enceinte.....	565
Variolo et isolement.....	91
Version spontanée un cas de).....	342
Vertige de menière.....	126
Vésicatoire (influence possible des) sur la purulence de la pleurésie.....	437
Vineuses (des taches).....	560
Viande (la) saignante et les enfants.....	446
Vomissements incoercibles (inhalation d'oxygène dans les)...	363
Vue hygiène de la.....	224

*Collaborateurs au 9me volume de l'Union Médicale.*

CARRIÈRE, PH., M.D., Montréal.	DESROSIERS, H. E., M.L.D., Montréal.
FOUCHER, A. A. M.D., Paris.	HINGSTON, H., M.D., Paris.
LACHAPPELLE, S., M.D., St-Henri de Montréal.	LAMARCHE, A., M.D., Montréal.
LARUE, H., M., Québec.	LARAMÉE, A., M.D., Montréal.
SEWELL, J. A., M.A., M.D., Québec.	ROTTOT, J. P., M.D., Montréal.
	SMITH, A. L., M.D., Montréal.