

## 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.

## Du traitement moral de l'hystérie.

Extrait d'une leçon clinique du Dr Hubert La Rue, professeur à l'Université-Laval, Québec.

*1er cas.*—En 1862, un de mes anciens compagnons d'école vint me chercher pour aller voir sa petite fille âgée de 8 ans et malade depuis six semaines. Le docteur qui la soigne, me dit-il, *prétend qu'elle a les fièvres, mais ces fièvres ne finissent plus.*

J'allai voir l'enfant que je trouvai couchée dans un lit; elle était pâle, affaiblie, mais sans aucun indice de fièvre. Je demandai à la mère ce qu'avait l'enfant. Je ne sais pas, me dit-elle; elle a un sac d'avoine sur le *creux de l'estomac* et aussi longtemps qu'elle le porte elle est bien, mais aussitôt qu'on le lui enlève, elle *invente* les cris.

Ne comprenant pas quelle relation il pouvait y avoir entre un sac d'avoine et une maladie, je demandai à la mère si quelque autre substance ne produisait pas le même résultat. Elle me répondit qu'un sac de sel chauffé avait le même effet.

Je fis enlever le sac et aussitôt l'enfant commença à crier.

Quelques secondes après je fis remettre le sac et les cris cessèrent.

Alors je conclus que j'avais affaire à un cas d'hystérie.

Le père me reconduisit chez moi et me demanda ce qu'il y avait à faire.

—Si c'était mon enfant je la plongerais dans un bain d'eau froide.

—Ma femme ne consentirait jamais à un pareil traitement.

Comme dernière ressource, je lui recommandai de dire à sa petite fille que j'irais la revoir le lendemain et que si elle n'était pas mieux je lui appliquerais des mouches de la tête aux pieds, que c'était des *gestes* qu'elle faisait. De plus je lui dis qu'il fallait la brusquer.

Le père et la mère firent ce que j'avais prescrit et le lendemain on vint m'annoncer que l'enfant avait eu peur des mouches, qu'elle avait beaucoup pleuré, crié, mais que le matin même elle s'était levée, habillée et qu'elle était très-bien.

2e cas.—Une nuit, vers unè heure, on m'appelle en toute hâte pour voir une fille qui se meurt dans la côte de Léry. Elle était âgée de 18 ans. Je dis qu'il n'y avait pas de danger.

Rendu à la maison, je vois cette fille étendue sur un lit, sans mouvement, les paupières closes, pas de chaleur à la peau.

Je demandai au père où la jeune fille avait passé la soirée. —Ici, monsieur, mais elle a eu quelques mots avec son cavalier.

On me permit d'instituer le traitement à ma guise. Je lui parlai très fort, la gourmandai, lui ouvris les yeux et la fis asseoir. Cinq minutes après elle était dans le salon et parfaitement bien.

3e cas.—Je suis appelé, un jour, pour une pauvre fille depuis quelque temps sous les soins des élèves du Dispensaire. Elle poussait les hauts cris et se plaignait d'un point de côté. La maison était remplie de jeunes gens. Je me fis un chemin au milieu de cette foule et j'arrivai au lit de la malade. Je constatai qu'il n'y avait pas de chaleur à la peau, que le pouls était naturel, mais qu'elle avait l'œil hystérique.

Votre fille n'est pas malade dis-je au père.

Alors, je lui proposai de me laisser instituer le traitement à ma façon ordinaire, l'informant que peut-être il faudrait le plonger dans une tonne d'eau froide qui se trouvait à la porte. Le père m'ayant dit qu'il y consentait, je simulai un grand accès de colère, et, je dis à la fille qu'elle devait avoir honte de faire de pareilles simagrées en présence de ces jeunes gens, qu'elle ruinait sa réputation, et que, si elle n'était pas mieux le lendemain j'aurais à lui faire prendre son bain. Pendant tout ce temps elle poussait des cris désespérés.

Le lendemain, en passant par là, je vis ma cliente de la veille, assise dans un coin de l'appartement; elle m'accueillit en riant.

4e cas.—Un jour, une servante est prise de laryngite. Après consultation je me décidai à la saigner, mais je n'y pus réussir vu que j'avais oublié cette pratique surannée.

L'attaque dura 5 à 6 heures, puis cessa et revint le lendemain. Je compris alors que j'avais affaire à un cas de laryngite hystérique.

J'avertis cette fille que si elle ne cessait pas de râler, je l'enverrais à l'hôpital. Cinq minutes ne s'étaient pas écoulées qu'il n'y avait plus de laryngite.

5e cas.—Etant en consultation un jour avec le docteur J. B. Blanchette, chez les Sœurs de la Charité, une religieuse me demande de voir une servante de la maison, souffrant de pneumonie et en danger de mort. J'allai voir la servante; la pneumonie était à l'état naturel, le pouls aussi, et rien n'indiquait une maladie grave. Je parlai très fort, lui dis qu'elle n'était pas

malade et que si elle n'était pas mieux le lendemain il faudrait la mettre à la porte. La jeune fille pleura beaucoup et le lendemain elle était à son ouvrage.

6e cas.—Un jour, au sortir des salles de l'Hôtel-Dieu, j'aperçois une jeune fille soutenue par deux hommes ; sa jambe gauche était repliée sur elle-même et était dans cet état depuis six semaines.

Je diagnostiquai : hystérie. Je lui ordonnai de marcher, elle ne le voulut pas. Alors je fis remplacer les deux hommes par deux étudiants, et, brusquement, je la laissai tomber. Elle se releva seule et marcha.

Il arrive fréquemment que des jeunes filles ont des crachements de sang dus à l'hystérie, et, il a toujours suffi, dans les salles de l'Hôtel-Dieu, de menacer ces malades de l'expulsion pour les guérir complètement. Il est toujours facile de distinguer ces cas, vu qu'alors, le sang est en petite quantité et la salive en abondance.

On a nié que l'hystérie pût se rencontrer chez l'homme. J'en ai vu deux cas : le premier était un adulte ; l'autre, un enfant d'une dizaine d'années, qui avait des convulsions hystériques ordinaires. Dans ce dernier cas, l'hystérie était due à la présence de vers dans les intestins.

3 novembre 1879.

E. O. CLOUTIER,

*Etudiant en Médecine à l'Université-Laval, Québec.*

## De la saignée dans l'hémorrhagie cérébrale,

Par le DR. A. DAGENAI,

Professeur de Tocologie à l'Université-Laval de Montréal.

Mr. le Rédacteur,

Je vois dans le numéro du 15 octobre dernier de la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, de Paris, qui avait reproduit mon article sur l'apoplexie, deux correspondances traitant de la saignée dans l'hémorrhagie cérébrale. Dans la première de ces correspondances, Mr. le Dr. Rousseau, d'Épernay, se prononce franchement et carrément pour la saignée.

« Deux fois, dit notre savant confrère, j'ai été menacé d'apoplexie ; deux fois j'en ai été préservé par la saignée, tandis qu'un de mes amis, chez qui les prodromes de cette maladie étaient beaucoup moins intenses que chez moi, mais qui n'a rien fait, en a été frappé, n'a voulu prendre qu'un vomitif et

est mort d'une attaque foudroyante, survenue douze heures après la première ; et qu'un autre qui a pris un fort purgatif, n'en a pas moins été frappé le lendemain de ce purgatif, et est mort quelques heures après l'attaque. "

Ces faits sont loin, pour moi, de prouver l'efficacité de la saignée dans l'hémorrhagie cérébrale ; ils fournissent seulement une preuve de plus, que j'avais raison de prétendre que le mot *apoplexie* devrait être retranché du cadre nosologique. L'honorable correspondant nous dit que, deux fois, il a été sauvé de l'*apoplexie* par la saignée ; il n'y a là rien d'étonnant ni de contraire à ma manière de voir, si par *apoplexie* il entend la congestion cérébrale. Dans cette maladie, tout le monde s'accorde sur l'efficacité des émissions sanguines, et dans mon article, j'admets que la saignée doit être alors employée sous toutes ses formes.

De plus, la manière prompte dont sont morts les malades dans les cas qu'il cite, me porte à croire qu'ils ont été frappés non d'hémorrhagie, mais de congestion cérébrale. En effet, c'est principalement dans l'hypérémie cérébrale que la mort arrive d'une manière foudroyante ; c'est à cette espèce d'apoplexie que se rapportent tous les accidents connus sous le nom de *coups de sang*. Dans l'hémorrhagie cérébrale, en général, la marche est plus lente ; le malade peut bien perdre subitement le mouvement et la connaissance ; il peut bien être frappé de paralysie dans une étendue plus ou moins grande de son corps, mais il est extrêmement rare que la mort soit instantanée. Cela n'arrive que lorsque l'épanchement sanguin est très considérable et situé à la base du crâne.

Alors la paralysie peut être complète, et la mort très prompte : cependant, il est facile pour le médecin de diagnostiquer un cas de ce genre d'avec une congestion cérébrale. Car dans l'hémorrhagie de cette gravité, le pouls n'est pas aussi plein, ni aussi dur ; la face au lieu d'être vultueuse comme dans la congestion est pâle et anxieuse ; la chaleur de la tête est plutôt diminuée qu'augmentée, tandis que dans l'hypérémie, elle subit toujours une augmentation notable.

En outre, en admettant que tous les cas dont parle M. le Dr. Rousseau soient vraiment des cas d'hémorrhagie cérébrale, il me semble un peu hasardé d'en conclure que la saignée doit toujours être pratiquée dans cette maladie. Si les adversaires des émissions sanguines voulaient recourir aux statistiques, ils auraient beau jeu. Pendant plusieurs siècles, la saignée a régné en souveraine dans le traitement de l'hémorrhagie cérébrale, et cependant, il faut bien l'avouer, parmi ceux qui ont été frappés par cette maladie et qui ont été soumis à la phlébo-

tomie, le nombre des victimes a été beaucoup plus considérable que celui des guérisons.

Le savant correspondant de la *Revue* admet que la saignée ne peut pas enlever le caillot, " mais, dit-il, elle peut empêcher une seconde attaque, prévenir l'inflammation et favoriser la résorption du caillot ; car il est bien certain que la résorption devient plus active quand la plénitude des vaisseaux diminue, soit par l'évacuation, soit par l'amaigrissement. "

D'abord, il est douteux que la saignée empêche une seconde attaque d'hémorrhagie cérébrale, tous les jours, on voit arriver le contraire.

Puis, avant de prendre les moyens de prévenir une seconde attaque, il me semble qu'il serait plus rationnel d'employer ceux qui seraient propres à guérir la première qui menace la vie du malade, et le tient paralysé. Or en affaiblissant le patient, a-t-on plus de chances d'arriver à ce but ? Là, est toute la question. M. le Dr. Rousseau a l'air de répondre dans l'affirmative, en disant que la saignée peut prévenir l'inflammation et favoriser la résorption. Mais si pour prévenir l'inflammation, on favorise le ramollissement du cerveau, sera-t-on beaucoup plus avancé ? Je ne le pense pas.

Quant à l'action de la saignée sur la résorption du caillot, je ne saurais l'admettre pour la raison suivante ; il est certain que la saignée, soit générale, soit locale, est impuissante à faire disparaître les ecchymoses ; or si elle est inefficace contre les épanchements sanguins dans un tissu pourvu d'un aussi grand nombre de vaisseaux absorbants que la peau, à plus forte raison son action sera-t-elle nulle quand l'épanchement a lieu dans un organe aussi pauvre que le cerveau en vaisseaux de cette espèce. M. le Dr. Rousseau termine ainsi sa correspondance : " Que les maladies des artères les rendent moins capables de résister à une impulsion exagérée imprimée au sang, cela se conçoit aisément ; mais que cette maladie détermine, soit l'apoplexie, soit le ramollissement, sans une impulsion exagérée du sang, voilà ce que je ne puis admettre ; car si cela était ainsi, l'état du malade ne pourrait pas rester stationnaire ; il devrait toujours aller en s'aggravant et amener toujours une mort prompte, puisque sa cause persisterait. "

En présence des faits et de l'opinion presque unanime des auteurs, il est difficile de comprendre la position que prend ici notre savant confrère. Que l'impulsion exagérée du sang soit quelquefois la cause de l'hémorrhagie cérébrale, personne ne le nie ; mais, que les maladies des artères n'en soient pas souvent et très souvent l'unique cause, c'est ce que je ne saurais admettre. Les circonstances sous lesquelles cette maladie survient,

l'âge de ceux qu'elle attaque de préférence, la fréquence avec laquelle elle se répète chez le même individu, la grande force de résistance des vaisseaux sanguins à l'état sain, tout concourt à prouver que l'hémorrhagie cérébrale est souvent due aux maladies des artères.

Dans un grand nombre de cas, l'hémorrhagie survient pendant le repos ; il n'est pas rare de la voir frapper sa victime dans la rue, dans l'église, pendant une conversation peu animée, et souvent même pendant le sommeil, alors que l'esprit et le corps sont dans le plus grand calme. On ne peut certainement trouver là, rien qui motive une impulsion exagérée du sang.

Les personnes avancées en âge sont plus sujettes à l'hémorrhagie cérébrale que celles qui sont plus jeunes ; et nous savons que chez les vieillards, les conduits artériels sont toujours plus ou moins malades. Sans ces maladies des artères, il serait difficile d'expliquer cette prédisposition à l'hémorrhagie cérébrale chez les personnes d'un certain âge ; car, chez elles la circulation n'est pas aussi active que chez les jeunes gens, et si l'hémorrhagie était toujours due à un raptus sanguin violent, elle devrait être plus rare chez les premiers que chez les derniers.

Ceux qui ont eu une première attaque d'hémorrhagie cérébrale en ont souvent une deuxième, une troisième et même une quatrième à des intervalles plus ou moins rapprochés. La maladie des conduits artériels fournit une explication satisfaisante de ces rechutes qui finissent presque toujours par emporter les malades ; tandis qu'il est difficile, sinon impossible, de trouver une cause qui donnerait au sang une impulsion exagérée aussi fréquemment et avec des résultats aussi funestes.

Enfin la force de résistance des vaisseaux sanguins à l'état sain, est très grande ; pour nous en convaincre, il suffit de nous rappeler la pression qu'ils subissent, sans se rompre, chez les saltimbanques qui marchent pendant plusieurs minutes, la tête en bas : il en est de même de ceux qui font des tours de force dans les cirques. Les veines du coup se gonflent, les yeux s'injectent, la face devient violacée et tout indique que les vaisseaux de la tête sont gorgés de sang ; et cependant, jamais ou presque jamais, il n'arrive d'accident.

L'hypertrophie concentrique du cœur devrait être souvent suivie d'hémorrhagie cérébrale, si une impulsion exagérée du sang était suffisante pour déterminer cette dernière maladie ; et l'expérience prouve qu'il n'en est rien. Watson, ce grand observateur, déclare qu'il n'a jamais rencontré d'hémorrhagie cérébrale causée par l'hypertrophie du cœur.

C'est, sans doute, à cause des raisons que je viens d'énumérer, corroborées par l'anatomie pathologique, que tous les auteurs que j'ai consultés sont unanimes à admettre les maladies des artères comme cause fréquente d'hémorrhagie cérébrale. Monsieur Peter va même jusqu'à affirmer, que non seulement les vieillards, mais aussi les goutteux et les rhumatisants sont plus sujets à cette maladie, parce que leurs vaisseaux sanguins subissent souvent des transformations crétacées. Quand vous verrez, dit-il, un vieillard ou un goutteux avoir une attaque d'apoplexie, vous pourrez pronostiquer sans crainte une autre attaque, et que votre patient mourra de cette maladie, parce que chez lui, les artères, sont malades. Si cette manière de voir de l'éminent clinicien de la Pitié est confirmée par les faits et l'expérience, il restera bien peu de cas d'hémorrhagie cérébrale qui pourront être assignés à une autre cause qu'aux maladies des artères.

Dans la seconde correspondance de la *Revue de thérapeutique*, M. le Dr. Damoiseau, d'Alençon, après avoir cité un fait pour prouver le danger de la saignée dans l'hémorrhagie cérébrale, dit que pour lui, ayant reconnu ce danger, il a l'habitude de substituer à la phlébotomie, des ventouses sur les régions fessières. D'après l'honorable correspondant, si les émissions sanguines doivent être avantageuses au malade, sans l'action des ventouses, le pouls se relève et devient même bondissant; tandis que si elles doivent être nuisibles, le pouls baisse et diminue. Puis il ajoute: "Autant je suis d'accord avec le médecin de Montréal sur le danger de la saignée dans l'apoplexie, autant je ne saurais le comprendre quand il ajoute: dans l'hémorrhagie cérébrale, il ne faut pas perdre de vue que c'est le caillot qui est toute la maladie..."

La prétention que les émissions sanguines en favorisent la résorption n'est nullement fondée. Quand un médecin est appelé pour des maladies où il y a un épanchement sanguin dans les tissus, il ne lui vient jamais à l'idée de recourir aux émissions sanguines. Pourquoi, alors le ferait-on pour le cerveau, si cela ne convient pas ailleurs?"

Je suis heureux d'être d'accord avec M. le docteur d'Alençon, au moins sur un point, et j'espère qu'après quelques mots d'explication, nous nous accorderons sur plusieurs autres.

Quand j'ai dit qu'il ne fallait pas perdre de vue que le caillot était toute la maladie, j'ai voulu par là, indiquer que la paralysie, la perte du mouvement et de la connaissance, que tous les symptômes enfin, qui accompagnent une hémorrhagie cérébrale sont dus à la compression que le caillot exerce sur le cerveau; que le malade ne peut guérir qu'en faisant cesser cette compression.

Quant à l'effet de la saignée sur la résorption du caillot, comme je ne veux pas me répéter, je prendrai la liberté de renvoyer mon savant confrère à ce que j'en ai dit, en réponse à M. le Dr. Rousseau.

L'autorité de Flourens n'est pas nécessaire pour me faire admettre la curabilité des appoplexies et la résolution spontanée du caillot apoplectique; tous les auteurs que j'ai étudiés, tant Français qu'Anglais, me l'ont enseigné; s'il en était autrement, il n'y aurait jamais de guérison dans l'hémorrhagie cérébrale.

Avant de terminer, j'ajouterai, que de mon côté, je ne saurais comprendre l'honorable correspondant quand il parle de considérations plus "anatomiques que médicales." Jusqu'ici, j'avais toujours compris que l'anatomie faisait partie des sciences médicales, et que l'anatomie pathologique surtout, avait beaucoup fait pour l'avancement de ces sciences. C'est elle, en effet, qui nous montre les désordres que la maladie produit dans l'économie; et en nous faisant connaître la nature exacte de ces désordres, souvent elle nous en indique la cause, et quelquefois le traitement. Si l'anatomie pathologique ne conduisait pas à des résultats pratiques, sa connaissance ne serait alors qu'une érudition de luxe, bonne, tout au plus, pour celui qui fait de la médecine dans son cabinet, mais inutile au praticien.

---

## REVUE DES JOURNAUX.

---

### PATHOLOGIE ET CLINIQUE MÉDICALES.

---

**Du traitement du rachitisme,** par le docteur DAV-VERGNE, père — On a dit depuis longtemps et l'on dira toujours: *Naturam morborum ostendit curatio*. Ainsi Trousseau dit dans sa *Clinique*: "Ce qui contribue encore à faire penser que l'ostéomalacie et le rachitisme ne sont qu'une même maladie, c'est que l'une et l'autre sont merveilleusement combattues par la même médication." (Ouvr. cité, p. 488.) Je dis pareillement que dans la chlorose, comme dans le rachitisme et le scrofule, sauf certaines particularités individuelles, le-

traitement de ces maladies est le même et qu'il dérive surtout des mêmes indications.

C'est ainsi que je distingue tout d'abord dans la chlorose, la scrofule, le rachitisme et l'ostéomalacie des chlorotiques, des scrofuleux, des rachitiques hyper et hypoalbumineux, suivant qu'ils sont gras ou maigres, comme je l'ai établi et expliqué dans divers de mes ouvrages, notamment dans mon hydrothérapie générale et le traitement des scrofules (*Bulletin de Thérapeutique*, mars 1871).

Déjà Warthon et mon illustre maître Alibert avaient reconnu deux espèces de scrofules, comme Marsali-Hall et d'autres avaient constaté une chlorose aiguë (*chlorosis fortiorum* de Stoll) et une chlorose chronique. Distinction clinique que, dans le cas de scrofule comme de chlorose, j'ai étayée en montrant, dans le cas d'amaigrissement, d'émaciation, la diminution de l'albumine dans le sang, et dans l'autre cas de graisse et d'embonpoint, l'excès d'albumine. Excès d'albumine qui est tout aussi pathologique, s'il n'est toujours le premier degré de l'affection, soit parce que les organes élaborateurs ont fourni une albumine imparfaite, soit que des lymphatiques n'ont pu transformer cette albumine en suffisante quantité de fibrine.

Toujours est-il que les faits que j'ai produits, comme toutes les expérimentations physiologiques de Tiedmann, J. Muller, Gosselin, Burdach, Magendie, Collard de Martigny, Lhéritier, etc., attestent que la sanguification provient de la lymphe, comme celle-ci d'une transformation digestive de la substance même du corps. C'est ainsi que M. Dubois (d'Amiens) avait pu constater un excès de fibrine chez des phthisiques. Mais, alors, c'est dans la période de consommation, pendant que les malades résorbent leurs propres substances et vivent sur cette autophagie. "C'est seulement, dit J. Muller (*Manuel de physiologie*, t. I, p. 287), lorsque la substance alimentaire (chyle ou lymphe) se trouve contenue dans les vaisseaux lymphatiques qu'elle acquiert la propriété de se coaguler, et plus elle avance dans le système lymphatique, plus cette propriété devient prononcée, c'est-à-dire plus il y a de transformation d'albumine en fibrine."

Burdach et Lhéritier corroborent entièrement mes observations lorsqu'ils disent: "*La diathèse albumineuse* provient d'une assimilation, abondante mais incomplète, qui se dénote par un sang vermeil, visqueux, mais pauvre en fibrine. Cette diathèse est propre aux phthisiques et aux scrofuleux, parce que la respiration et l'assimilation s'exécutent d'une manière incomplète. Il se forme moins de fibrine et de sels terreux :

l'albumine prédomine, quoique imparfaitement développée; la coagulation est facile, mais faible, et le coagulum repasse bientôt à la fluidification." (Lhéritier, *Chimie pathologie*, p. 261.)

La manière dont s'exécute la respiration est certainement la première cause de toutes les conditions physiologiques ou pathologiques des élaborations sanguines. Mais les campagnes et surtout les travaux des champs permettent une telle aptitude à cette fonction, que le conflit de l'oxygène avec le sang est autant multiplié que renouvelé. De ce fait l'hématose est purifiée par une grande quantité de carbone brûlé dans les échanges de la nutrition. C'est ainsi que se forme, se multiplie et se régénère un sang rouge, c'est-à-dire une plus grande proportion de globules et partant de phosphore et de phosphates, qui existent dans la texture de ces derniers et dans leurs affinités chimiques. De ces transformations résultent des constitutions musculeuses, des matériaux terreux et phosphatés nécessaires aux squelettes et en même temps la diminution de la portion gélatineuse du sang, c'est-à-dire de l'albumine, de la chondrine, toutes deux contenant une si grande proportion de carbone; la chondrine, qui compose presque entièrement les os des rachitiques.

D'après Liebig, "la graisse augmente dans les tissus, lorsque, par suite d'une inégalité entre la quantité d'air introduite par la peau ou les poumons et la quantité de nourriture employée, il résulte un manque d'oxygène pour brûler les aliments" (Ernest Hardy, *Chimie path.*, p. 38), tandis que ce sont des hydrates de carbone qui se transforment en graisse. De sorte telle que graisse, albumine et chondrine ne sont que des substances très-analogues formées par des proportions peu différentes des mêmes éléments. C'est ainsi que je pourrais établir par de nombreuses observations que la chlorose, la scrofule, le rachitisme, même la tuberculose, dans certaines manières de leur curation, se transforment en graisse. Je viens de voir, il n'y a pas longtemps, deux chlorotiques constitutionnelles se transformer à la ménopause en un embonpoint difforme, et trois scrofuleuses, dont deux ne peuvent plus porter leur ventre ni fléchir leurs genoux. De là le cercle complet de ces états pathologiques qui se touchent sur tant de points et dont l'origine et la terminaison ne sont différenciées que par quelques affinités chimiques moléculaires.

Phénomènes de la chimie vivante qui expliquent les expériences de Coster, lorsqu'il montre qu'il suffit de renfermer un animal dans un air vicié par l'humidité et les émanations de carbone, en le privant de mouvements pour le faire devenir ou scrofuleux, ou tuberculeux, ou rachitique.

Nouvelle preuve de la commune origine de ces maladies dans la crase sanguine ! Baumes l'avait déjà reconnue ; tandis que Bégis (*Dic. en soixante vol. t. L, p. 356*) dit que c'est sur la gymnastique médicale que repose tout entier le succès du traitement des scrofules, et que M. Fleury, dans son *Hydrothérapie*, s'exprime ainsi : " La tâche du médecin est de faire recouvrer au système sanguin la prépondérance d'action qu'il a perdue, d'exciter les organes élaborateurs du sang. Que l'on analyse tous les moyens qui ont procuré des succès soutenus dans le traitement des scrofules, et partout on reconnaîtra que la maladie ne se dissipe que lorsque les élaborations rouges et l'appareil sanguin ont acquis ou recouvré leur prépondérance." (1re édit., p. 335.)

N'en est-il pas ainsi pour la chlorose, le rachitisme, la maladie de Pott ? Donc, dans tous ces cas pathologiques, je prends les principales indications de mon traitement suivant la constitution du sujet en hyper ou hypoalbumineuse, et cela depuis l'enfant à la mamelle jusqu'au rachitisme qui ne se montre qu'à la puberté ou à l'ostéomalacie des adultes.

Je reconnais la constitution hyperalbumineuse à un embonpoint exagéré, à la peau pâle, blême, flasque, aux chairs molles ou comme infiltrées. Dans ce cas, si l'enfant est à la mamelle et s'il est allaité par une nourrice, fût-elle sa mère, si elle est chlorotique, scrofuleuse ou rachitique, je prescris l'allaitement d'une nourrice musculeuse, habitant la campagne, travaillant aux champs, et je donne quelques préparations ferro-iodurées. Si, au contraire, l'enfant est maigre, chétif, mêmes conditions pour la nourrice, du lait de chèvre ou de vache, si celui de la nourrice ne suffit pas, et après six mois au lieu de bouillies, de panades, toujours du lait, de la viande pilée et de l'huile de foie de morue. Ainsi, pendant que dans le premier cas hyperalbumineux j'emploie les iodures, je ne prescris dans le dernier hypoalbumineux que des ferrugineux, l'iode altérant les liquides de manière à favoriser l'atrophie, l'amaigrissement auquel dans ces conditions l'organisme n'est que trop porté.

Dans aucun cas, je ne permets l'allaitement d'une femme chlorotique, anémique, scrofuleuse et rachitique, fût-ce la propre mère, dont une sorte de philosophie médicale a exagéré la convenance. J'ai vu l'autre jour une pauvre femme constitutionnellement chlorotique dès son bas âge, affaissée sous le poids de son corps, à rachis incurvé, épaules rondes, poitrine rétrécie, avoir un nourrisson assez gras, mais à chairs molles, pâle, yeux purulents, sans vigueur et qui promet un triste avenir ; mieux vaut dans ces circonstances l'allaitement artifi-

ciel. Une dame très-érudite et charitable me montrait dernièrement une famille scrofuleuse et quatre enfant qui coulaient de partout (*sic*), excepté le cinquième, qui n'avait pas été nourri par la mère, mais par une chèvre.

J'agis d'après les mêmes principes pour les enfants sevrés. Ainsi une mère chlorotique et très-grasse, par conséquent hyperalbumineuse, eut deux fille dont l'aînée, rachitique, mourut d'une affection cérébrale à l'âge de quatre ans. La seconde, toujours nourrie par la mère, à trois ans n'avait pu marcher; elle avait tous les caractères du rachitisme: *articuli duplicati*, comme disaient les Allemands, elle était grasse, la tête volumineuse, les reins particulièrement faibles. J'ordonne le séjour à la campagne et de tenir presque toujours l'enfant dehors, des iodures ferrugineux, des suc de viande, des viandes crues, des herbages, surtout tirés des crucifères, des choux, des raves, du cresson; pas de farineux ni de lait. Cette enfant se remit dans l'espace d'une année tellement bien, qu'aujourd'hui, âgée de dix-sept ans, elle est une des plus belles filles, des plus robustes et mieux constituées que je connaisse. Toutefois, à l'âge de quinze ans, bien qu'elle fût réglée depuis deux ans, sans peine ni secousse, elle devint chlorotique. Mais les parents, très-soigneux, à la première manifestation me consultèrent. J'ordonnai avec la gymnastique des promenades prolongées et matinales dans la campagne, mes pastilles de carbonate ferreux dont j'ai donné la formule dans le *Bulletin de Therapeutique* (t. XXIII, p. 257, 1842), un régime alimentaire animalisé et tonique. Enfin, après quelques récidives en été, elle s'est entièrement rétablie, et avec toutes ses belles formes elle a acquis aussi une fort belle coloration qui ne paraît pas devoir l'abandonner.

J'emploie comme tout le monde les phosphates, les pyrophosphates de chaux, quoique je sois persuadé qu'il s'agit moins de donner une telle substance que de disposer l'organisme à se l'approprier, à l'assimiler; puisque l'observation a montré que les urines des rachitiques renferment souvent du phosphate de chaux, et indiquent ainsi que l'organisme ne peut le retenir. C'est donc toujours sur l'hématose, la constitution en général, la diathèse en un mot qu'il faut agir.

J'ai cité plus haut une jeune fille de quinze ans extraordinairement chloro-anémique, issue de deux générations d'anémiques, tellement chétive, qu'on aurait pu la prendre pour une enfant de huit ans. Elle était d'une pâleur jaune-cire, verdâtre, transparente, présentant tous les bruits artériels. Dans cet état de l'hématose, sa colonne vertébrale s'incurva, puis petit à petit ses membres se tordirent dans la plus extrême ostéoma-

facie et elle finit par présenter sur divers points de sa surface cutanée des petits abcès qui, une fois ulcérés, ne se cicatrisèrent plus. Ils produisaient non pas du pus, mais une sérosité sanguinolente. Tout en donnant des ferrugineux à l'intérieur, de l'huile de foie de morue, des phosphates de chaux, et en essayant de quelques moyens orthopédiques arrêter, sinon corriger, ses diverses déviations, je crus qu'il y avait aussi quelque vice scrofuleux et je faisais panser ses plaies avec des pommades iodurées qui restèrent sans effet. Il me vint alors en idée d'employer des pommades au sulfate de fer, de lotionner ces plaies avec une solution de ce sel, et par ce moyen j'obtins quelques résolutions, notamment au pied droit, et des cicatrisations pour les abcès qui étaient ulcérés. Mais cette demoiselle qui habitait le département du Var, fut ensuite traitée par un autre médecin qui revint aux iodures *extra et intra*, les plaies s'aggravèrent, son ostéomalacie fit de grands progrès et la malade finit par succomber peu après,

Ce fut là un des premiers cas qui me démontrèrent que dans les constitutions débiles, anémiques, hypoalbumineuses, l'action altérante, atrophiante de l'iode était contre-indiquée, tandis que ces diverses préparations, même des purgatifs répétés, étaient très favorables sur des sujets phlétoriques, c'est-à-dire hyperalbumineux. Ajoutons que dans des états aussi graves que celui de la malade dont nous venons de parler, le traitement dans la famille et surtout dans des maisons de médiocre aisance, ne peut se terminer heureusement, parce qu'il est toujours très-incomplet. C'est le cas d'employer concurremment les bains d'air comprimé, les bains de mer, les ferrugineux, l'huile de foie de morue, les solutions phosphatées calcaires, toutes les ressources d'un régime alimentaire animalisé et toniqué, même d'utiliser la respiration de l'oxygène pur. Trousseau dit en effet : " Déjà bien souvent j'avais eu à gémir de mon impuissance dans des cas de cachexies anémiques et je cherchais une arme dont je pusse utilement me servir. Je dois à M. Demarquay d'avoir pu, dans certaines circonstances, rappeler à la vie des femmes que je regardais comme perdues. Le moyen consistait à leur faire respirer du gaz oxygène pur." (Ouvr. cit., p. 64.) L'hydrothérapie, la balnéation marine compte aussi des succès que l'on doit d'abord à l'accomplissement plus parfait de la respiration, comme je l'ai démontré dans mon *Hydrothérapie*, 1853. Malheureusement, dans la plupart des cas, le médecin n'a à sa disposition que le séjour à la campagne et les bains du ruisseau de la prairie, lorsque la répugnance pour celui-ci n'est pas invincible.

La respiration est la fonction primitive la plus essentielle à une bonne hématoze, partant une des conditions les plus efficaces à opposer presque à toutes les diathèses. Avec elle exercée librement, entièrement, on obtient de plus réelles transformations que ne peut produire aucun médicament. J'ai cité ailleurs nombre de nos petits paysans scrofuleux de nos villes et de nos villages guérir par les travaux des champs. Lugol faisait descendre ses malades les plus graves et leurs lits sous les tilleuls des cours de l'hôpital Saint Louis. Ainsi la chlorose que j'ai appelée *aiguë* se guérit très bien par les ferrugineux, le régime, et souvent spontanément par la saison d'hiver, qui fournit à la respiration un air plus condensé; mais la chronique est à peine influencée par les remèdes, tandis que le séjour à la campagne, surtout les travaux des champs, à la longue en triomphent. C'est ainsi que je n'observe pas de paysanne laborieuse, chlorotique, habitant la campagne, si ce n'est quelques exceptions où l'on découvre toujours la gâtérie de la mère. l'influence héréditaire ou les occupations sédentaires de la couture, de la paresse et du séjour à l'intérieur.

Dans le pensionnat du couvent de la Présentation à Manosque, j'obtiens plus de la gymnastique sur la chlorose que des ferrugineux. Avec la gymnastique et l'huile de foie de morue j'y ai redressé et transformé des bossues. Mais cette huile, comment agit-elle? Est-elle avant tout un élément respiratoire? Aide-t-elle ainsi à brûler les hydro-carbures, c'est-à-dire la graisse, la chondrine, l'albumine, pour conserver les matériaux fibrineux les mieux assimilables, les globules rouges qui renferment le phosphore et les phosphates? J'aime à le croire! Cependant je le réserve dans le rachitisme comme dans la scrofule, dans la tuberculose, pour les cas où la constitution est hypoalbumineuse, affaiblie ou émaciée et de laquelle on ne peut exiger une gymnastique suffisante.

On le voit donc, la science comme la pratique amènent à ces conclusions que nous devons dans le traitement de ces diathèses compter bien plus sur les conditions hygiéniques produisant des effets et des résultats physiologiques que sur les remèdes, ceux-ci n'ayant que des actions passagères, jamais sur l'essentialité du mal; stimulantes ou altérantes, dont il faut toujours surveiller les effets, pour qu'elles ne dépassent pas le but. Enfin, toute cette grande question, pour ne pas allonger ce travail outre mesure, peut se résumer ainsi:

*Conclusions.*—1<sup>o</sup> Le rachitisme prend sa source dans un état particulier du sang des ascendants;

2<sup>o</sup> Cet état paraît être, d'après les faits cliniques et toutes les expressions de la science, une aglobulie, qui entraîne elle-même un défaut de phosphore et de phosphates;

3<sup>o</sup> Ce qui le prouve, c'est que les cas de rachitis les plus graves reconnaissent pour origine la descendance la plus nombreuse de parents anémiques et de mères profondément chlorotiques ;

4<sup>o</sup> Un état de graisse exubérante chez les parents, n'étant qu'une transformation de l'aglobulie et une assimilation exagérée des matériaux albuminoïdes, produit aussi le rachitisme, parce qu'il résulte encore d'une hématoïse altérée, comme l'anémie, par les mêmes infractions hygiéniques ; la vie sédentaire, l'oisiveté, l'habitation dans des lieux étroits et confinés : toujours défaut d'oxygénation et de combustion ;

5<sup>o</sup> Chloro-anémie, graisse exubérante, rachitisme, scrofule, proviennent évidemment d'un plasma analogue, puisque ces affections naissent les unes des autres, se transforment alternativement et dérivent toutes d'un défaut de respiration puissante, d'exercices et d'efforts musculaires répétés et continués chez les divers ascendants ;

6<sup>o</sup> Il s'agit moins de nourriture appropriée que de respiration parfaite et d'exercices qui utilisent mieux les aliments puisque l'oisiveté empêche de profiter suffisamment des mets les plus succulents ;

7<sup>o</sup> Pour empêcher le développement et la propagation du rachitisme il fut donc chercher à éteindre la chloro-anémie et ses transformations. On le guérit en guérissant l'aglobulie :

8<sup>o</sup> Pour l'enfant de naissance qui ne peut faire d'autre exercice que par ses cris, il faut le laisser crier assez souvent ; il lui faut une nourriture suffisante et souvent exclusive, du lait d'une nourrice saine, musculeuse et laborieuse, ou à défaut du lait de chèvre ou de vache, toujours à la campagne et le plus possible à l'air libre. On éloignerait ainsi le rachitisme, tout en diminuant la mortalité par d'autres maladies ;

9<sup>o</sup> Après le premier âge, dans l'enfance des jeux ; des exercices gymnastiques, de l'hydrothérapie, des bains d'air comprimé, la respiration de l'oxygène pur, toujours une nourriture proportionnée à l'âge et à l'organisme ; en régénérant ainsi les globules rouges, on finirait par régénérer notre espèce et fortifier les générations futures ;

10<sup>o</sup> Les travaux des champs devraient être encouragés, relevés ; le paysan, le père nourricier de la société, devrait devenir la plus chère sollicitude des États. Soumis à une douce constante et bienveillante surveillance, il devrait avoir droit à des récompenses et des distinctions ;

11<sup>o</sup> Des ouvriers sédentaires, ceux des villes, devraient être préservés de leurs mauvaises conditions hygiéniques, et on devrait récompenser ceux qui ne compromettent pas leur

santé et celle de leur famille par le tabac et l'alcool, et qui se préparent des jours heureux par leur travail, leur économie et leurs bonnes habitudes ;

12° Enfin pour changer nos mauvaises conditions hygiéniques et nos mœurs, il faudrait perfectionner nos lois et les faire descendre jusqu'à la protection de l'individu, puisque nos révolutions ont pulvérisé la société jusqu'à lui. Alors notre liberté ne serait plus un abandon antinomique avec les progrès scientifiques de notre époque.—*Bull. général de Thérapeutique.*

—

**Du séjour prolongé dans les écuries à vaches, dans le traitement de la tuberculose.**—Cette méthode a été fortement préconisée par Reid et Beddois en Angleterre et par Bergius dans le nord. Les agents regardés par ces praticiens comme utile sous la chaleur humide et égale, le mélange de vapeurs ammoniacales avec l'air, l'augmentation d'acide carbonique par l'air expiré d'un certain nombre d'animaux. Quoi qu'il en soit de cette explication dont la valeur me paraît douteuse, je citerai plus loin deux cas dans lesquels cette cure m'a rendu de vrais services. Elle est facile à réaliser, sans grands frais, sans déplacement lointain, sans sacrifices onéreux. Je ne veux pas y ajouter une importance plus grande qu'elle ne mérite, mais il me paraît néanmoins opportun de donner quelques détails sur son mode d'emploi.

Pour un séjour tout à fait passager, je fais boire aux malades qui séjournent à la campagne le lait fraîchement trait à l'écurie, le matin entre 7 et 8 heures et le soir entre 5 et 6 heures. Un banc placé près de l'entrée de l'écurie suffit pour permettre aux malades d'y séjourner chaque fois pendant une  $\frac{1}{2}$  h. à 1 heure et plus longtemps s'ils s'y trouvent bien. Ils se conforment très volontiers à ce conseil et la plupart éprouvent du bien être de ce séjour passager.

Lorsqu'il faut en faire un plus durable dans l'écurie, ce qui constitue alors la cure en règle, il faut choisir une écurie vaste et bien bâtie, très proprement tenue surtout. Il faut que l'écurie ne contienne que la moitié des animaux qui peuvent y trouver place. Je fais arranger à l'extrémité libre du local une chambre, séparée par une paroi en planches, à plancher de bois, un peu élevée au dessus du sol, assez spacieuse pour contenir le lit, quelques chaises, un canapé, une table, etc. Elle communique avec l'écurie au moyen d'une porte que l'on tient tantôt ouverte, tantôt fermée. Les fenêtres doivent être fermées. Les fenêtres doivent pouvoir s'ouvrir une ou deux du

côtés de l'écurie, une autre du côté de l'extérieur, pour pouvoir renouveler l'air à volonté.

Le malade reste pendant une bonne partie de la journée et pendant la nuit dans cette atmosphère, la porte et la fenêtre ou les deux fenêtres du côté de l'intérieur de l'écurie étant ouvertes ou entr'ouvertes, selon le bien-être du malade. Celui-ci est commodément assis ou couché sur son canapé ou dans un bon fauteuil, s'occupant agréablement comme il lui convient. Ce séjour n'empêche pas l'exercice plus ou moins prolongé en plein air, une ou deux fois par jour, selon ses forces, par le beau temps ou en temps au moins passable.

Pendant les premières nuits, le bruit que font les animaux incommode mais on s'y habitue bientôt. C'est surtout pendant les promenades que la chambre de l'écurie doit rester ouverte à l'air bien ventilée. Le séjour prolongé dans les écuries n'est possible que dans la deuxième moitié de l'automne, en hiver et au printemps, jusqu'en mai. En été, dans la seconde moitié du printemps et la première moitié de l'automne, la chaleur, les insectes, l'odeur trop forte y mettent obstacle.

D'après les détails dans lesquels nous venons d'entrer, le séjour dans l'écurie n'offre pas les difficultés et n'exige pas les sacrifices d'un voyage lointain, mais encore faut-il comme nous l'avons vu, observer une multitude de détails dont la négligence peut affaiblir considérablement l'effet de la cure.

Voici maintenant les deux faits dont j'ai parlé plus haut :

En janvier 1859, j'ai été appelé dans un village des bords du lac de Zurich, pour donner des soins à la fille d'un riche propriétaire. J'ai constaté chez la jeune fille une tuberculose pulmonaire bien caractérisée, avec malité, respiration bronchique, nombreux râles à timbre métallique (*Klingendes Rasseln*) dans la moitié supérieure du côté droit de la poitrine, tant en avant qu'en arrière. La partie supérieure gauche était malade aussi, mais, offrait des signes moins étendus. Il y avait, en outre, une fièvre hectique continue, avec exacerbations par accès et frissons, le plus souvent entre 11 heures et midi. L'appétit avait diminué, la malade était très affaiblie, et en voie d'amaigrissement progressif, la toux était fréquente, fort incommode, l'expectoration copieuse, mucopurulente. Pendant un mois, le traitement par l'huile de foie de morue, la quinine, l'usage d'un lait de bonne qualité, les viandes rôties, resta sans succès. C'est alors que j'ai conseillé le séjour dans l'étable. Celle-ci était grande et belle; elle pouvait contenir 32 vaches; j'ai fait construire une chambre commode et assez spacieuse. La maladie, qui depuis des années avait toujours fait des progrès, s'ar-

rêta dans sa marche au bout de quelques semaines; la fièvre diminua, les forces commencèrent à se relever, la toux devint plus rare, l'ombonpoint revint un peu et le teint fût meilleur. Après plus de deux mois de séjour complet dans l'écurie, la malade revint dormir à la maison, pour passer une partie de la journée dans son salon rustique.

Son amélioration fut assez rapide et dans le courant de l'été elle put venir plusieurs fois me voir à Zurich avec ses parents. Lorsque je fus appelé à Breslau, en qualité de professeur de clinique, peu de mois après je perdis de vue la malade qui, à mon départ, paraissait être en pleine convalescence.

Dans le courant du même hiver de 1859, j'ai été consulté par un médecin du canton de Lucerne qui présentait tous les signes d'une phthisie progressive. Je lui ai conseillé de suivre le même traitement et de passer ainsi plusieurs mois dans une écurie bien appropriée à cet usage, ce qui ne présentait pas de difficulté, car il s'était fixé à la campagne. En été 1862, je l'ai revu à Lucerne à la réunion helvétique des sciences naturelles, et j'ai été frappé de sa bonne mine et du bon état de sa santé. Il m'a affirmé qu'il ne pouvait attribuer sa guérison qu'à son long séjour dans l'écurie.

Je le répète, je ne veux pas pour cela recommander cette méthode comme d'un emploi général; mais il me semble qu'elle mérite, d'après ces faits, d'être tirée de l'oubli dans laquelle elle est tombée.—*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale.*

**Spermatorrhée : guérison par les courants continus.**—Louis L..., employé de commerce, âgé de 30 ans, vient, dit le docteur Emile Neumann, nous consulter le 25 novembre 1878, pour une spermatorrhée dont il est affecté depuis un an environ. La maladie a débuté par des pollutions nocturnes, d'abord rares, mais dont la fréquence augmenta au point qu'elles se reproduisirent bientôt, non-seulement toutes les nuits, mais encore plusieurs fois par nuit. Depuis un mois environ, aux pertes nocturnes sont venues s'ajouter des pollutions diverses; c'est alors au moment de la défécation ou de l'émission de l'urine que se produit la spermatorrhée. Parfois, il suffit de la moindre excitation, du plus léger frottement du gland pour déterminer l'émission du liquide spermatique.

Le malade, sans être devenu absolument impuissant, présente cependant des troubles manifestes du côté de l'appareil générateur. Les érections sont moins fréquentes; elles sont incomplètes. L'éjaculation est faible et la sensibilité notablement émoussée.

L'état général est mauvais. Le malade, pâle et amaigri, accuse des douleurs de tête, des vertiges, des éblouissements, des palpitations de cœur ; ses digestions sont lentes et difficiles ; sa vue est légèrement affaiblie, en même temps il existe une sensibilité extrême à l'impression de la lumière.

Au point de vue des antécédents, excès d'onanisme, ni blennorrhagie, ni syphilis.

Le malade a déjà employé sans succès le bromure de potassium, la valérienne et le seigle ergoté ; l'hydrothérapie n'a pas donné de meilleurs résultats.

Le traitement par les courants continus est commencé le 28 novembre. Le pôle négatif est placé sur la région sacro-lombaire, le pôle positif sur le périnée ; courant de 15 éléments. Trouvé (appareil de cabinet), durée de la séance de trois à quatre minutes. L'électrisation fut pratiquée ainsi tous les jours. Au bout de trois semaines de traitement, il n'y avait plus de pertes diurnes ; dans les premiers jours de janvier, c'est-à-dire après cinq semaines de traitement électrique, les pertes nocturnes étaient devenues plus rares et ne se produisaient plus qu'une fois par semaine, comme au début de la maladie. L'électrisation est continuée ; mais, au lieu de faire des séances quotidiennes, je n'électrise le malade que trois fois par semaine.

Le 15 février, le malade qui, pendant dix-huit jours, n'avait pas eu la moindre pollution nocturne et dont l'état général s'était sensiblement amélioré, eut un nouvel écoulement spermatique. Ce fut le dernier.

La galvanisation a été néanmoins continuée jusqu'au 10 mars, ce qui fait un total de 68 séances. Les pollutions ont cessé ; le malade que j'ai revu encore récemment a recouvré l'intégrité parfaite de ses fonctions génitales ; son état général est excellent. La guérison obtenue à l'aide du courant galvanique continu peut donc être considérée aujourd'hui comme complète et définitive. (*Gazette méd.*)—*Le Scalpel.*

—

**Salicylate de soude dans le diabète sucré.**—Le Dr. Muller, assistant à la clinique de Kiel, résume ainsi les principales conclusions obtenues par ces observations et par celles du Dr. Ebstein.

Le salicylate de soude fait disparaître complètement les symptômes du diabète sucré ; mais la guérison est de très-courte durée.

L'amélioration est plus rapide, si les doses du médicament sont plus élevées et si le malade peut mieux les supporter.

Les doses moyennes sont de 9 à 10 grammes par jour, elles agissent au début, mais ensuite l'effet se ralentit rapidement, il faut alors arriver à 14 ou 17 grammes par jour pour que l'amélioration continue.

Le salicylate de soude peut être administré pour longtemps et à fortes doses dans le diabète sucré.

J'expérimentais le salicylate de soude contre la glycosurie sans résultat. Il est vrai que je me tenais à des doses de 2 à 4 grammes par jour, parce que les doses de 14 à 16 grammes ont toujours éveillé en moi de vives appréhensions.—(Bouchardat, *An. ther* 1879.)—*Revue de Litt. Méd.*

**Du benzoate de soude dans la diphthérie.**—*Le Journal de médecine et de chirurgie pratique* analyse comme suit, l'étude sur le benzoate de soude publiée par M. Closson, dans les *Annales de la Société médicale de Liège*.

L'emploi du benzoate de soude dans la diphthérie a tout d'abord été étudié dans les expériences sur les animaux par Brown qui recherchait, en la mélangeant avec des productions diphthériques, quelle était la substance qui annulait le plus complètement les effets de leur inoculation. A la suite de ces expériences, le benzoate de soude a été prescrit dans la diphthérie. Parmi les résultats très-favorables qui ont été publiés, M. Closson cite ceux de Sitgenich. Sur 27 cas de diphthérie, dont 24 chez les enfants, il n'aurait perdu qu'un seul malade, un enfant de deux ans et demi, chétif, atteint de laryngite à la suite d'une première attaque de croup. Sur ces 24 cas, 8 avaient été très-graves et accompagnés de phénomènes généraux intenses; le sang, notamment, renfermait des bactéries, même avant l'apparition des phénomènes locaux. Le médicament doit être administré à haute dose, et son action est d'autant plus rapide qu'il est administré plus tôt. Le mode d'administration que Sitgenich recommande est le suivant: aux enfants âgés de moins de un an, 5 grammes par jour;—de un à trois ans, 7 à 8 grammes;—de trois à sept ans, 8 à 10 grammes;—au-dessus de sept ans, 10 à 15 grammes. Les adultes prennent de 15 à 25 grammes par jour. Le médicament est très-soluble et le malade en prend une cuillerée à soupe par heure.

Ces doses considérables sont parfaitement supportées. Comme traitement local, on touche les exsudats avec la poudre de benzoate deux ou trois fois par jour, dans les cas légers, toutes les trois heures dans les cas graves. De plus, les adultes

font usage d'un gargarisme préparé avec 10 grammes pour 200 de véhicule. Dans le cas de coryza, on fait des irrigations nasales à 5 pour 100. A partir du moment de l'administration, la fièvre diminuerait d'une façon continue; les exsudats ne tarderaient pas à disparaître. Le médicament doit être continué quelques jours après la disparition des accidents. D'autres praticiens auraient obtenu les mêmes résultats étonnants.

M. Closson cite deux faits recueillis à la clinique de M. Masins, qui ne permettent pas d'être aussi optimiste, mais qui semblent indiquer une action évidente du médicament sur la maladie. Dans le premier cas, il s'agit d'un cas de diphtérie généralisée à la gorge, au larynx et aux fosses nasales, avec albuminurie, chez un enfant de deux ans et demi. Il guérit sous l'influence de la médication, sortit de l'hôpital, mais revint y mourir quinze jours plus tard d'une affection pulmonaire contractée accidentellement. Dans le second cas, l'enfant mourut subitement le cinquième jour du traitement, l'état local s'étant sensiblement amélioré.

Il s'agit là probablement d'une syncope par suite d'une dégénérescence graisseuse du cœur. Néanmoins chez ces deux malades, l'action du benzoate sur les signes locaux a été incontestable; il faut ajouter d'ailleurs que le traitement n'a été commencé que plusieurs jours après le début de la maladie, tandis qu'il faudrait, pour une action complète, qu'il fut commencé dès le début. Quand à l'action générale, elle paraît s'être manifestée sur la température, qui, dans les deux cas, s'est abaissée graduellement.—*Revue de Littérature médicale*

---

**Intoxication par la benzine.**—Les ouvriers employés à la fabrication de la benzine sont par ce fait exposés à des accidents d'intoxication qui ont fait le sujet d'une note intéressante lue à la Société médicale des hôpitaux du 27 juin 1879, par le docteur J. Guyot, médecin de l'hôpital Beaujon.

Les premiers accidents dus à l'inhalation des vapeurs de benzine consistent dans quelques troubles intellectuels. Le caractère s'altère, les malades deviennent bizarres, ils divaguent parfois, et semblent par moments dans un état d'ébriété passagère. Et même temps les forces diminuent, les malades se fatiguent rapidement. La démarche devient incertaine. Enfin, on observe de très-bonne heure et chez tous ces malades un affaiblissement très-notable, une perte même des facultés génésiques.

Lorsque ces premiers symptômes ont duré un certain temps,

surviennent des crises épileptiformes. Parfois ces crises sont précédées pendant un temps qui varie de quelques minutes à deux, trois ou quatre heures, par un état de délire inconscient. Un des malades observés par le docteur Guyot sortait de l'atelier et errait dans les chemins avoisinants sans but déterminé, sans savoir ce qu'il faisait, et cela pendant trois ou quatre heures. Puis il tombait tout à coup et était pris de convulsions tout à fait analogues à celle d'une crise d'épilepsie:

Les accidents convulsifs se reproduisent à intervalles plus ou moins rapprochés; on observe parfois des séries de cinq ou six crises en quelques heures; d'autres fois les convulsions épileptiformes ne se reproduisent qu'à des intervalles de dix à douze heures.

Après la crise, le malade est tantôt dans le coma, tantôt dans un état de délire qui peut être assez violent pour forcer d'avoir recours à la camisole de force.

Un symptôme qu'on observe constamment, à la suite de ces crises, c'est un anésthésie qui persiste plusieurs jours et qui s'étend à toute la surface du corps.

Le docteur Guyot signale comme autre symptôme caractéristique un état de trismus qui est tel, dit-il qu'il est impossible d'écarter les arcades dentaires l'une de l'autre, même en faisant levier avec le manche d'une cuiller. Mais cet état n'est que passager.

Ordinairement il n'y a pas de symptômes de paralysie musculaire; pourtant chez quelques malades on observe un peu d'hémiplégie faciale.

Ces accidents, malgré leur apparente gravité, n'ont été suivis de mort chez aucun des malades soumis à l'observation du docteur Guyot.—(*Union médicale*).—*Lyon médical*.

**Des propriétés toxiques de l'acide phénique en chirurgie,** par E. KÜSTER.—Les symptômes de l'empoisonnement carbolique sont: tremblement généralisé alternant avec des convulsions cloniques, obtubilation du sensorium, élévation de la température. Chez les chiens (injection intra-veineuse ou sous-cutanée), si l'intoxication a été rapide, la dose élevée, non mortelle cependant, l'élévation de la température est précédée d'un abaissement considérable. Chez l'homme, trois stades ou degrés: dans le premier, les caractères de l'urine seuls sont changés; dans le deuxième, douleurs gastriques, lenteur des mouvements pupillaires et fièvre; dans le troisième, symptômes cérébraux, tremblement musculaire, convulsions.

Prédisposent à l'empoisonnement l'anémie, la fièvre septique ou pyémique, l'enfance, une prédisposition individuelle difficile à définir; le point d'application est important à considérer. D'après Huseman l'entrée de l'acide dans le système circulatoire est très-dangereuse; ranger après dans un ordre descendant les injections sous-cutanées, les lavements, l'administration par la bouche, les frictions sur la peau, l'inhalation.

L'auteur n'a retiré nul profit du sulfate de soude comme contre-poison. Lorsque la surface d'absorption est grande, l'auteur préfère donc les solutions de chlorure de zinc à 8 0/0; les solutions de 1,5 à 2 0/0 sont cependant sans danger. (*Arch. de Langbeek*, XIII.)—*Lyon médical*.

**Relation entre les lésions valvulaires cardiaques et la phthisie pulmonaire.**—Selon Rokitansky il y aurait antagonisme entre les maladies du cœur et la tuberculose pulmonaire, tandis que Stolker, Lebert et Traube admettent une coexistence très fréquente des affections cardiaques et de la phthisie. Malgré ces assertions contradictoires l'auteur croit pouvoir établir comme un fait acquis par l'observation que la tuberculose pulmonaire est très-rare chez les sujets atteints de lésions des cavités gauches.

Sur 8,870 autopsies, il a été trouvé 277 cas de lésions cardiaques, c'est-à-dire 3,5 pour 100, sur des sujets dont l'âge variait de 40 à 70 ans. Parmi ces 277 cas, il y en avait 269 se rapportant au cœur gauche exclusivement, 2 seulement se rapportant au cœur droit, et enfin 6 dans lesquels les cavités droite et gauche étaient simultanément intéressées.

22 des sujets malades au cœur, c'est-à-dire 1/17, étaient en même temps atteints de phthisie pulmonaire.

De cet exposé, l'auteur conclut: 1<sup>o</sup> que la coexistence de la tuberculose pulmonaire avec les lésions du cœur n'est pas si rare qu'on l'avait annoncé; 2<sup>o</sup> que les lésions de l'orifice artériel gauche sont souvent moins compliquées de phthisie que les lésions de l'orifice veineux du même côté; 3<sup>o</sup> que la simultanéité d'affections de deux orifices pareils se rencontre rarement avec la phthisie, excepté lorsqu'il y a sténose pulmonaire.—(*France médicale*).—*Lyon médical*.

**Du traitement de la chorée,** par LEBLANC.—L'auteur le résume ainsi:

A. *Chorées légères*.—I. Éloigner les causes accessibles (aménorrhée, anémie, etc.).

II. Hygiène. *a.* Morale (milieu gai, travail, distraction. *b.* Physique (reconstituants, hydrothérapie, bains sulfureux, gymnastique).

*b.* *Chorées intenses*.—I. Le premier ou le deuxième jour, tartre stibié pour produire le collapsus.

II. Favoriser le sommeil (opium, chloral, inhalations anesthésiques).

III. Modérer l'éréthisme inflammatoire (froid, pulvérisations d'éther, saignées locales, révulsifs, sulfate de quinine, électricité).

IV. Augmenter la force médullaire (strychnine, sulfate de quinine).

V. Calmer l'irritation nerveuse (bromure de potassium).

VI. Chez les malades lymphatiques et cachectiques: arsenic, fer, reconstituants divers.

VII. Surveillance des téguments (emmaillotement).

Ne pas oublier qu'il y a quelquefois indication d'essayer des anthelminthiques; quant au sous-carbonate de fer, que *Elliotson* donnait à doses massives, l'auteur n'en est pas partisan.—(*J. de thér.*)—*Lyon médicale.*

**Régime des prostatifères.**—Consulté sur la ligne de conduite à suivre par les sujets atteints ou menacés d'hypertrophie de la prostate, *M. R. Harrisson* résume ses conseils dans les six préceptes suivants :

Éviter les circonstances dans lesquelles il serait impossible de vider sa vessie à volonté.

Choisir les résidences, les climats, les modes de vêtement qui favorissent la perspiration cutanée et soustraient le corps à l'action du froid.

S'abstenir des vins et des liqueurs exerçant un effet excitant sur la sécrétion urinaire.

Observer une mesure à peu près uniforme pour la quantité de liquide consommée quotidiennement. Que de fois un excès de ce genre, en suspendant accidentellement le pouvoir contractile de la vessie, a été le point de départ d'une perversion permanente de cette fonction !

Essayer de temps en temps la réaction de l'urine; et si elle est constamment alcaline ou d'une odeur ammoniacale, user, pendant quelque temps, régulièrement de la sonde.

Observer, autant que cela est praticable, une certaine régularité dans l'intervalle de temps qui sépare l'une de l'autre les mictions.—(*The Lancet.*)—*Lyon médical.*

## PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALES.

—

**Sur le cathétérisme chez les vieillards.** — Il faut d'abord bien se rappeler l'anatomie pathologique de la prostate; dans l'engorgement sénile qui est généralement la cause des sondages répétés chez les hommes âgés. — Sous l'influence de cet engorgement le canal subit les transformations suivantes :

1<sup>o</sup> Il est augmenté de longueur, quelquefois du double.

2<sup>o</sup> Il est rapproché du pubis, ce qui augmente l'angle qu'il fait à l'état adulte, avec la portion musculieuse.

3<sup>o</sup> La prostate, en s'engorgeant, vient se placer au-devant du canal, ce qui fait que souvent sa pointe forme à l'entrée de la portion prostatique un pont sous lequel le bec de la sonde doit passer.

4<sup>o</sup> Enfin, l'orifice vésical est durci, très-difficilement dilatable et souvent porté en avant par l'engorgement du lobe moyen.

5<sup>o</sup> Le canal, dans sa portion prostatique, est aplati latéralement et la sonde suit généralement la paroi postérieure.

(Tout ceci existe dans mon traité pratique de la chirurgie des voies urinaires, à l'article *Engorgement*).

Quels sont les instruments que l'on emploie généralement ? Ils sont, tant flexibles que rigides, au nombre de 5.

1<sup>o</sup> La sonde à grande courbure métallique ;

2<sup>o</sup> La sonde à grande courbure en gomme à bout olivaire.

3<sup>o</sup> La sonde molle en caoutchouc, rouge.

4<sup>o</sup> La sonde coudée de Mercier.

5<sup>o</sup> La sonde bi-coudée de Mercier.

Il faut établir que les sondes de Mercier, excellentes quand il s'agit de diagnostiquer l'engorgement et la proéminence des lobes dans la vessie, sont mauvaises et douloureuses comme sondes évacuatrices; elles écartent les parois antéro-postérieures du canal d'une façon exagérée et comme celles-ci, dans l'engorgement de la prostate, sont très résistantes, il y a douleur considérable pour le malade. Il faut donc, dans ces cas, les laisser de côté, réservant leur emploi pour éviter les fausses routes au cul-de-sac du bulbe chez l'adulte.

La sonde molle en caoutchouc rouge est excellente quand il n'y a pas de contracture du col venant s'ajouter à l'engorgement : beaucoup de vieillards s'en servent et c'est un très bon instrument de cathétérisme, quand il peut passer.

La sonde en gomme élastique à bout olivaire et à grande courbure est la vraie sonde des vieillards : c'est celle qu'il faut employer le plus souvent possible : le mandrin n'est utile que dans certains cas.

Enfin, quand il y a un engorgement très-prononcé, je me sers de la sonde que j'ai inventée et qui n'est pas autre chose qu'une sonde à grande courbure mais dont le manche, au lieu d'être droit, est coudé comme dans les bougies Béniqué : elle est en gomme élastique à bout olivaire ; avec elle, il n'y a pas besoin de mandrin, et c'est elle qui me réussit dans les cas où j'échoue avec les autres.

Mais il n'est pas tout d'avoir de bons instruments, il faut savoir s'en servir. Quelques mots sont donc nécessaires sur le *Manuel opératoire*.

En examinant les obstacles, on les résoud :

Le premier qui se présente, c'est la pointe de la prostate. (Il est bien entendu que le chirurgien s'est d'abord bien rendu compte qu'il est dans la portion musculuse). Pour pénétrer dans cette dernière, il faut bien tendre la verge et la ramener près du ventre du malade.

*Ce qui arrête presque toujours, c'est qu'on bascule trop tôt.* On ne saurait croire combien, chez les vieillards, il faut enfoncer profondément la sonde avant de faire basculer.

Par conséquent, 1<sup>re</sup> règle : lorsqu'on sent une résistance au fond du canal, il faut relever la verge sur le ventre du malade, presque contre, et tirer fortement dessus : puis, enfoncer doucement la sonde et ne pas basculer trop tôt. Par ce moyen, on évite le cul de sac du bulbe, on pénètre dans la portion musculuse et enfin on passe sur le point indiqué plus haut.

Quand on se sert d'une sonde métallique, il ne faut pas craindre de pousser vers le rectum profondément avant de basculer. — Tout cela, bien entendu, avec la douceur, les ménagements, la prudence, la lenteur dont ne doit jamais se départir l'opérateur.

Si la sonde ne passe pas, la retirer légèrement, s'assurer que la courbure est du côté du pubis, puis tirer sur la verge de nouveau, bien la rapprocher du ventre et pousser la sonde en la tenant dans l'axe du corps.

Le chirurgien est toujours à droite du malade. Il vaut mieux sonder celui-ci couché que debout.

Le deuxième obstacle sérieux, c'est l'engorgement du lobe moyen ; il se forme alors un cul-de-sac postérieur et quelquefois un antérieur, dans lequel la sonde vient buter.

Pour le postérieur, le moyen le plus simple est d'introduire un mandrin dans la sonde et, quand le bec est arrêté, de retirer

légèrement le mandrin. Sous l'influence de ce retrait, le bec se recourbe et passe.—*Revue de Thérap. Med.-Chir.*

---

**Drainage abdominal des portions adhérentes des kystes ovariens substitué à l'ovariotomie complète,** par Lewis A. Ptienson (*The Americ. Journal of the med. Sc.*)—Le drainage abdominal, tel que l'a conçu l'auteur, est réservé pour les cas où le kyste ovarien se complique d'adhérences. Il consiste à exciser la portion libre du sac et à attirer l'autre portion vers l'incision abdominale, et à en suturer les bords avec les lèvres de l'incision, de manière à obtenir une sorte de poche ouverte où l'on introduit un ou plusieurs tubes à drainage ; le reste de l'incision abdominale est fermé de la manière ordinaire.

Voici les conclusions qui terminent le travail du chirurgien américain :

1<sup>o</sup> La mortalité de l'ovariotomie, dans les cas compliqués d'adhérences, est d'environ 1 sur 3 ; elle est deux fois aussi grande que la mortalité dans les cas qui ne présentent pas cette complication ;

2<sup>o</sup> Les principales causes de cette mortalité sont le choc, la péritonite et la septicémie, et l'on peut les attribuer, dans la plupart des cas, directement à la rupture des adhérences ;

3<sup>o</sup> Le taux de la mortalité n'est pas diminué par la somme d'expérience qu'acquiert l'opérateur, et il n'y a aucune raison pour attendre que la méthode actuelle en usage donne jamais un meilleur résultat ;

4<sup>o</sup> Le drainage permanent du sac offre un moyen de guérir sans rupture les adhérences, et sa mortalité, lorsqu'on l'employait autrefois comme dernière ressource dans les ovariotomies dites incomplètes, avait été de 1 sur 3 (Wells) ou de 1 sur 6 (Péan) ;

5<sup>o</sup> Les succès du drainage vaginal prouvent que le drainage d'un sac n'est pas en lui-même aussi dangereux que l'ovariotomie, même dans les conditions les plus favorables à cette dernière ;

6<sup>o</sup> Le drainage abdominal a un plus large champ d'application que le drainage vaginal, et il est exempt des principaux dangers et des principales objections qui concernent le dernier ;

7<sup>o</sup> Les kystes adhérents, simples ou multiloculaires, doivent par conséquent être traités par le drainage permanent à travers la paroi abdominale, et non pas l'ovariotomie ;

8<sup>o</sup> Les kystes-adhérents combinés avec des tumeurs solides doivent, quand c'est possible, être traités par l'ovariotomie combinée avec le drainage; on enlève la tumeur et l'on draine la portion adhérente du kyste;

9<sup>o</sup> On peut déterminer l'état d'un kyste, la présence ou l'absence d'adhérences, par l'exploration avec la main qu'on a introduite dans le sac;

10<sup>o</sup> Par conséquent, le second temps dans chaque ovariotomie sera de fixer le kyste à la plaie abdominale, de l'ouvrir, d'y introduire la main, et de l'explorer par sa face interne. C'est d'après les résultats de cette exploration que le chirurgien se décidera, soit à l'ovariotomie complète, soit au drainage abdominal. Dans les cas où cette méthode d'exploration n'est pas possible, on y supplée par l'examen extérieur du sac, mais sans rompre les adhérences, s'il y en a;

11<sup>o</sup> Des précautions exactement antiseptiques sont nécessaires pendant cette exploration, et doivent être continuées si l'on a recours au drainage. (*Gaz. heb. des sciences méd. de Montpellier.*)—*Le Scalpel.*

**Du traitement des tumeurs blanches.**—M. Suchard a donné lecture à la Société de chirurgie d'un mémoire dans lequel il expose un traitement des tumeurs blanches encore peu connu en France; il est dû à John Scott et a été vulgarisé en Suisse par Magor. Ce mode de traitement consiste indépendamment du traitement général, à envelopper l'articulation d'une couche de lint enduite d'un mélange d'onguent mercuriel double et de cérat camphré. On met par dessus des bandelettes de diachylon imbriquées et on consolide le tout par quatre attelles de cuir enduites d'emplâtre de savon; on termine le pansement par des tours de bandes fortement serrées. On obtient par ce moyen une immobilisation absolue, une compression élastique parfaite et une action médicamenteuse spéciale du mercure; s'il existe de la suppuration, elle diminue rapidement et la guérison s'obtient très-vite dans les cas les plus désespérés.

Ce mémoire a été l'objet, de la part de M. Marc Sée, d'un rapport très-favorable. Le pansement a été essayé sur neuf enfants, en présence de la Commission nommée par la Société de chirurgie, et les résultats obtenus paraissent excellents. Chez un enfant, même, on était sur le point de recourir à l'amputation; le pansement de John Scott a, jusqu'ici, assez amélioré son état pour qu'on puisse espérer la guérison. Aussi M. Marc Sée pense-t-il que, dès à présent, les chirurgiens doi-

vent essayer le pancement médicamenteux de Scott, bien que les expériences, peu nombreuses, qu'il a vu faire ne permettent pas de porter un jugement définitif sur cette méthode.—*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale.*

---

**Du traitement des hémorroïdes par l'injection hypodermique d'acide phénique.**—Nous avons dans le temps entretenu nos lecteurs de ces charlatans, guérisseurs d'hémorroïdes, *pile doctors*, qui parcouraient l'Amérique en remplissant leurs poches ou en guérissant réellement leurs malades. Le professeur Andrew parvint non sans peine à découvrir leur secret, car les malades ignoraient complètement comment on opérait; plusieurs même croyaient qu'il s'agissait simplement d'une application médicamenteuse. M. Andrew alla plus loin, il fit une immense statistique des cas traités par ces charlatans, et n'en trouva pas moins de 3,300. De l'examen impartial de ces matériaux, il conclut que la méthode, malgré ces origines honteuses, doit réellement entrer dans le domaine chirurgical, et sera incontestablement la plus sûre, la plus rapide, et pouvant s'employer sans arrêter le patient dans ses occupations, avantage très-apprécié dans ces contrées, où *time is money*.

Voici les conclusions pratiques formulées par le professeur Andrew :

- 1<sup>o</sup> N'injecter que les hémorroïdes internes,
- 2<sup>o</sup> Employer au début des solutions faibles et n'arriver aux solutions plus fortes que dans le cas où les premières auraient échoué, (La solution d'acide phénique dans l'huile d'olive ou la glycérine s'emploie depuis une partie sur trente, jusqu'à solution à parties égales.)
- 3<sup>o</sup> Ne traiter qu'une hémorroïde à la fois, laissant un intervalle de quatre à dix jours entre chaque opération.
- 4<sup>o</sup> Huiler préalablement le pourtour de l'anus, et ne pas injecter plus d'une à six gouttes. Faire l'injection très-lentement, et tenir quelque temps la canule en place, jusqu'à ce que le liquide se coagule dans les tissus.
- 5<sup>o</sup> Laisser le malade un jour au lit, et plus s'il arrivait quelque complication. Ne lui permettre qu'un exercice modéré pendant toute la durée du traitement.

Le procédé opératoire est d'une grande simplicité. L'hémorroïde étant bien découverte, l'anus bien graissé, on se sert d'une seringue hypodermique à canule extrêmement fine, on fait l'injection lentement, et quand elle est finie on garde un

moment la canule en place. L'hémorroïde devient blanche, s'affaisse, et dans les cas heureux disparaît sans douleur, sans inflammation, sans suppuration. La douleur est généralement légère; quelques malades éprouvent cependant des douleurs atroces.

Arrivons aux dangers de l'opération. Sur ces 3,300 cas, quelques cas de mort sont notés, un d'érysipèle et d'infection purulente, un d'embolie du foie, deux d'injection dans la prostate prise pour une hémorroïde. On a aussi noté quelques cas d'hémorragie, de suppuration, de rétrécissement de rectum. Mais ces accidents ne doivent pas surprendre, quand on songe au grand nombre d'opérations, et surtout quand on pense que ces opérations étaient pratiquées par des gens d'une ignorance crasse, n'ayant d'autres titres à la confiance publique qu'un flacon de solution phéniquée et une seringue de Pravaz.—(*The Detroit Lancet.*)—*Lyon médical.*

---

## OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

---

**Présentation de l'épaule avec procidence du bras, Version.**—Service de M. le professeur DEPAUL.—J'ai été prévenu hier soir qu'une parturiente avait été apportée dans le service avec une présentation de l'épaule et procidence du bras hors de la vulve. Je vins à l'hôpital et je trouvai cette femme couchée au n° 10 de nos salles. Cette femme a déjà eu trois enfants, deux garçons et une fille. Ces accouchements antérieurs ont eu lieu facilement et spontanément. Ce n'est cependant pas une raison pour me faire abandonner le diagnostic que j'ai porté d'un certain rétrécissement du bassin. C'est en effet la présentation de l'épaule qui est la plus commune dans les vices de conformation du bassin. Les douleurs avaient commencé il y a deux jours, mais ce n'est que vers huit heures qu'elles devinrent violentes: le lendemain elle est arrivée dans notre service, à dix heures du soir. Les membranes étaient rompues, hier à dix heures et demie du soir. Je vis la malade à onze heures et demie du soir. Ces détails ne sont pas indifférents quand il s'agit de présentation de l'épaule; il faut savoir combien la matrice est rétractée et s'il sera facile à la main de l'accoucheur d'arriver à la cavité utérine.

Cette femme est arrivée ici dans de bonnes conditions, n'ayant subi en ville aucune manœuvre. Elle est allée, il est

vrai, chez une sage-femme, mais celle-ci voyant quelque chose de difficile, l'envoya chez un médecin, lequel reconnut la présentation de l'épaule et nous adressa immédiatement la malade à la clinique.

J'ai dit que c'était la quatrième grossesse et que le travail durait depuis vingt-six heures : le bras dépassait la vulve, du poignet et de la main. Le ventre était dur à la palpation. La plus grande partie du liquide avait disparu. La dilatation était complète. Il y avait une version à faire, évidemment, et je m'empressai de me mettre en mesure de l'exécuter, me réservant, chemin faisant, de diagnostiquer comment l'épaule se présentait. Vous savez la règle à suivre : on tourne la face palmaire de la main en avant du côté de la symphyse, si le pouce va à droite de la femme c'est la main droite. Mais il ne suffit pas que la main pende à la vulve pour dire que c'est une présentation de l'épaule ; il faut suivre le bras et arriver à la tête. Les bras, au lieu de rester pliés sur la poitrine, sont quelquefois relevés l'un ou l'autre ou tous les deux ; le bras dépassant la tête, c'est le bras qui se présente le premier, quoiqu'il y ait présentation de la tête. Aussi il ne faut point porter le diagnostic avant d'avoir pratiqué le toucher ; il faut toujours se demander, en voyant le bras, si c'est une présentation de la tête ou de l'épaule. Il peut même précéder une présentation pelvienne. Cependant il ne faut pas s'exagérer cette difficulté ; quand la partie est largement engagée dans le vagin et la vulve, c'est une présentation de l'épaule.

On avait entendu les bruits du cœur un peu moins nets que d'habitude ; cette présentation ne pouvait se terminer spontanément. C'est une terminaison rare. La règle est de faire la version. Comment la faire ? Par *manœuvres externes* ou par l'introduction de la main dans l'utérus ? La première méthode était ici impossible à réaliser, le ventre étant dur, le fœtus étant tout à fait fixé par la matrice contractée sur lui ; les efforts les plus violents avaient été faits. Il ne fallait donc point compter sur la version par manœuvres externes.

Je fis endormir la malade ; je pense en effet que, pour la version, l'anesthésie par le chloroforme est une bonne chose ; non pas que je veuille obtenir le relâchement de la matrice qui ici se contractait énergiquement et serrait la main fortement, ce qui me donna une certaine peine à atteindre les pieds. Mais le grand avantage de la chloroformisation est de mettre la femme dans l'impossibilité de fuir devant la douleur, d'échapper à l'accoucheur, de se déplacer, etc. Il serait pourtant, ensuite, plus avantageux qu'elle puisse aider lors de l'application du forceps, car il y a une différence notable entre les tractions

aidées et les tractions réduites à elles-mêmes. Mais ici, la plus grave période de l'opération est celle où nous avons besoin que la femme ne se dérange pas, quand, la main étant introduite et faisant l'évolution, il ne faut pas qu'il y ait de contraction.

Quand la femme fut à peu près endormie, et amenée à un degré de résolution incomplète, car elle bavardait encore un peu, j'ai introduit la main : je n'ai rien observé de particulier pour l'enfant. Arrivé au détroit supérieur, en longeant le bras, auquel préalablement nous avions appliqué un lac, et comme j'étais renseigné sur la position, j'inclinai les doigts un peu à droite, je sentis la tête, et à gauche, dans un espace assez grand, j'arrivai sur un pied, reconnu à la saillie calcanéenne, au coup-de-pied (le pied s'insère perpendiculairement), et à la longueur des doigts. Tout cela rend compte, au moment du contact, des parties rencontrées ; j'accorde toutefois que si l'on n'a pas l'habitude, on peut se trouver quelque peu troublé et embarrassé.

L'autre pied n'était pas dans le voisinage, je trouvai le genou, que je reconnus à la saillie antérieure de la rotule et aux deux extrémités arrondies des os (tandis que le coude a une apophyse pointue). Je n'allai point jusqu'au pied, je passai deux doigts dans le jarret et je tirai doucement ; tout descendit, la main au lac rentra dans le vagin, et y disparut ; en un clin d'œil, se présenta à la vulve l'extrémité pelvienne. En la saisissant avec un linge, j'engageais la partie supérieure du tronc, mais la tête ne s'engageait pas bien, parce que l'autre bras était derrière la nuque et ne venait pas, comme le premier, retenu par un lac, le long du tronc. J'essayai de lui faire contourner la tête, mais sans y arriver. Or l'enfant courait des dangers alors, la poitrine étant comprimée, et les tentatives d'inspirations menaçant de se faire. Il fallait se hâter. Après quelques tractions sur le cou, je pus dégager le deuxième bras, j'engageai deux doigts dans la mâchoire inférieure, et en plaçant deux derrière la nuque, je tirai : la masse du crâne tenait un peu, un petit craquement se fit et l'extraction fut complète.

L'enfant était pâle, en résolution complète ; les membres étaient flasques, les vaisseaux du cordon vidés, à leur section il ne s'écoula pas de sang. J'en fis néanmoins la ligature. On ne sentait aucune pulsation du cordon. Mon premier soin fut alors de voir si les bronches ou le larynx étaient obstrués, et si l'enfant avait fait des inspirations. Les enfants qui font des inspirations pendant le travail sont toujours plus difficiles à rappeler à la vie que ceux qui n'en font point. Dubois disait : " J'ai aimé mieux les enfants qui font des morts, que ceux qui font des inspirations. " Dans le cas particulier, en effet, je n'ai pas été sur,

un moment, de ranimer cet enfant. Cependant j'ai réussi, sans recourir aux insufflations, dont il faut se passer quand on peut.

Il faut aller au fond de la bouche et voir s'il n'y a rien qui gêne l'entrée de l'air ; avec des bardes de plumes et le petit doigt, on provoqua l'expulsion de quantité de glaires sanguinolentes et visqueuses, il y en avait une cuillerée au moins, faisant un opercule au-dessus du larynx et ne permettant de respirer que très-incomplètement. Heureusement elles n'avaient pas pénétré très-profondément, il y en avait un peu dans le larynx et la trachée, elles ont remonté peu à peu. Aujourd'hui l'enfant bien animé, crie et prend le sein. Mais j'ai dû cette nuit rester vingt minutes auprès de lui pour être rassuré sur son compte avant de quitter l'hôpital.

La femme a perdu un peu de sang. Est-ce l'effet du chloroforme ? je n'oserais point le dire ici. Elle a expulsé un paquet de caillots noirâtres, l'utérus n'étant pas rétracté. Je fis l'extraction rapide du placenta. Il était déjà décollé. Puis je prescrivis deux grammes d'ergot de seigle, dans la crainte de nouvelles hémorrhagies.

Ce matin, l'utérus est gros et volumineux, mais il est très-dur et bien rétracté. La malade est dans les conditions les meilleures, elle n'a point de fièvre : le pouls est à 86°. Elle a bien quelques coliques, mais elle y a bien droit, puisqu'elle est à son quatrième enfant. Elle est, en un mot, dans le même état que si elle était accouchée toute seule.—Depuis lors, il ne survint aucune complication et la malade sortit de la clinique dans les conditions ordinaires.—*Le Praticien.*

**L'accouchement naturel chez les riches.**—Si, ne parlant que de l'accouchement naturel, nous commençons par cette phrase : *Heureuse aujourd'hui la parturiente qui n'est pas riche*, que dirait-on ? Eh bien, nous finirons par elle.

On soutient à présent que le rationalisme de notre siècle a jeté la physiologie dans de sanglantes erreurs. Hélas ! trop vrai. Pour le reconnaître, il n'est pas nécessaire d'être médecin ; un simple accoucheur comprendrait la chose. Nous allons la lui exposer en quelques mots et aussi simplement que possible.

Voyons, auparavant, comment en règle générale l'accouchement naturel se fait aujourd'hui chez les pauvres et chez les riches.

Chez les pauvres, personne ne s'occupe d'une grossesse ; on arrive à terme sans le savoir et à bon part. Chez les riches,

dès le sixième mois, on commence à recevoir la visite mensuelle de M. le docteur, qui d'ordinaire appartient à l'*École médicale régnante* et qui vient défendre à Madame de ramasser un mouchoir ou de sortir sans le bras de Monsieur, *crainte de déranger la matrice*. Premières fautes : Préoccupations incessantes, appréhensions vaines, dispositions morales fâcheuses; et avec tout cela, suppression d'une chose indispensable, de l'exercice.

Chez les pauvres, on ne prend conseil de personne; on fait avec un nouveau-né comme avec un petit poulain: on l'apprend le plus tôt possible à têter et l'on ne s'inquiète pas de la mère. Chez les riches, le médecin décide de tout, et, en son absence, c'est la garde-couche, diplômée ou non. — Avant d'aller plus loin, répétons-le: Nous n'entendons parler ici que des médecins formés à l'école officielle et pratiquant un peu comme le font les partisans de la *médecine exacte*, à la façon des chimistes. Malheureusement foule de praticiens actuels en sont là. Nous connaissons des hommes réputés qui ne se gênent pas pour attendre *la fièvre de lait*, disant que *avant cela, le lait ne vaut rien!* Il est vrai que pour les analystes du laboratoire ils ont raison. Dieu nous garde de leur en faire un reproche. Oh! non; le coupable est bien plus haut dans le Corps médical. — Chez les riches donc, le médecin, pour laisser reposer Madame qui est fatiguée, s'empresse de faire donner de l'eau sucrée à l'enfant parce que, d'ailleurs, Madame n'a pas encore de *lait!* Deuxième faute. Le nouveau-né reste alors douze heures, vingt-quatre heures et plus sans avoir soif, partant sans vouloir tirer au sein. Début vicieux de lactation: d'abord l'enfant est privé de son premier lait (*colostrum*) destiné providentiellement à faire chez lui l'effet obligé du purgatif; ensuite, chez la mère, rétention du liquide jaune aux dépens de la formation du liquide blanc qui lui succède. D'un côté, l'enfant chauffe des coliques de constipation, devient difficile, ne dort pas...; de l'autre, la mère gagne du malaise, perd l'appétit, *n'est pas bien...*; parce que tout cela ne se passe pas comme le veut la nature, cette nature surannée dont la plupart de nos savants modernes, adeptes de *l'horlogerie humaine*, ne daignent plus s'occuper, et qui cependant a son mot à dire.

Chez les pauvres, l'accouchée, n'ayant personne qui la surveille, se met à manger quand elle a faim; mais pas de viande ni de bouillon, parce qu'elle n'en a pas. Chez les riches, Madame est mise à l'eau *tiède*, un, deux, trois jours durant parfois, *crainte de fièvre*, parce que les aliments produisent la fibrine, et la fibrine, la couenne inflammatoire! Ou plutôt parce que la médecine de nos jours ne comprend pas comment l'alimen-

tation peut être le premier des fébrifuges ou le préventif par excellence des accidents puerpéraux. Troisième faute : Le lait ne se formant pas, ne se produisant pas suffisamment dans ces conditions, l'enfant est mis provisoirement au biberon (ce petit instrument en caoutchouc, si commode pour l'allaitement artificiel et dont on commence à faire abus). Nouvelle irrégularité. La mère, prise en quelque sorte d'inanition, devient, en quarante-huit heures, qu'on nous passe le mot, comme une loque. Alors, il faut bien la réconforter. A cet effet, on lui donne du consommé, quand ce n'est pas de la viande. Le lendemain, fièvre de lait. Oui, *fièvre de lait*, mais qu'on appellera *puerpérale* quand on verra qu'elle ne veut pas finir et surtout qu'elle flambe sur une péritonite ou sur une métrite.

Chez les pauvres, la mère fait ses relevailles de ménage le surlendemain, parce qu'elle s'ennuie dans son lit et qu'elle a de l'ouvrage. Chez les riches, Madame est condamnée, *par prudence*, à compter les heures pendant trois semaines dans son boudoir, *crainte de suites*. Quatrième faute : Etiollement de la mère, élaboration défectueuse du lait et mauvaise alimentation de l'enfant ; langueur vitale pour les deux.

Chez les pauvres, la mère allaite parce qu'elle n'a personne pour le faire à sa place et que c'est trop difficile d'élever à la cuiller. Et l'enfant se porte à merveille ; et la femme *travaille* comme avant. Chez les riches, pâle et livide après des couches luxueuses d'un mois ou de six semaines, Madame est évidemment trop faible pour nourrir. Elle doit prendre une nourrice parce qu'elle a de quoi la payer, ou bien sevrer l'enfant parce qu'elle va s'épuiser. Cinquième faute : A l'enfant, une chance de moins pour vivre ; à la mère une chance de plus, s'il y a lieu, pour recommencer sa phthisie, etc., etc.

C'est-à-dire que, en travail de reproduction, la femme pauvre, abandonnée à elle-même ou à ses instincts, obéit à la nature ; la classique fièvre de lait passe inaperçue chez elle comme chez les animaux, ou même n'existe pas du tout. La femme riche, au contraire, entourée des soins de la Faculté, mais des soins, nous l'avouons à notre confusion s'il le faut, *mal compris*, commet en masse des erreurs à conséquences funestes. En un mot, chez les riches, suites puerpérales constantes plus ou moins graves épargnées aux pauvres.

Et ne croyez pas que le médecin dût être ici le seul incriminé. Non ; maintes fois il n'est absurde que pour plaire à Monsieur ou à Madame qui ne demandent pas mieux. Après cela, si l'accouchement tourne mal, on trouve que c'est bien malheureux après avoir pris tant de précautions !

Mais, hâtons-nous de le dire, tous les hommes de l'art ne

malmènent pas ainsi la science. Nos maîtres ne se laissent pas tous prendre aux grossiers mirages de systèmes érudits, et c'est à l'application intelligente des enseignements qui nous ont été donnés par plusieurs d'entre eux que nous devons de n'avoir presque jamais d'accidents. Cependant les garde-couches qui ont l'occasion d'en juger, prétendent que *nous ne faisons pas comme les autres*. C'est possible. Ce nonobstant, nous savons que nous ne sommes point seul à ne pas faire comme les autres. Sans doute, nous faisons autrement, et voici surtout en quoi notre pratique à nous diffère des procédés communément suivis :

1<sup>o</sup> Nous défendons sévèrement à la garde-couche de donner de l'eau sucrée à l'enfant.

2<sup>o</sup> Nous faisons commencer l'allaitement le plus tôt possible.

3<sup>o</sup> Nous alimentons la mère, douze heures après la délivrance, progressivement et dans la mesure d'un appétit franc avec du thé du lait, du pain beurré, des œufs, des soupes vertes, des potages maigres, de bon vin.

4<sup>o</sup> Nous interdisons, autant que possible, toute température supérieure à 16° centigrades.

5<sup>o</sup> Nous exigeons une ventilation continue plus ou moins large, quelque temps qu'il fasse, en vue d'une aération parfaite.

6<sup>o</sup> Nous supprimons la *demi-obscurité* tant recommandée; nous faisons arriver largement la lumière du jour.

7<sup>o</sup> Nous voulons une *exquise* propreté des linges, principalement pour la mère.

8<sup>o</sup> Nous mettons de côté la *serviette-ceinture* destinée à soutenir ou à comprimer le ventre chez la mère, parce que nous sommes persuadé que la rétraction de la matrice en a souffert plus d'une fois. Nous ne comprenons rien à la nécessité de ravir sans raison les muscles abdominaux à leurs fonctions obligatoires.

9<sup>o</sup> Nous ne défendons à la délivrée de quitter son lit que le premier jour; nous l'autorisons à se lever un peu d'abord, puis progressivement davantage suivant le bien-être qu'elle en éprouve; et lorsque tout a marché régulièrement, nous permettons les relevailles à dater du huitième jour en temps ordinaires. (Nous ne nous opposons pas aux visites de famille lorsque tout est fini.)

10<sup>o</sup> Mais nous interdisons l'usage de la viande, par conséquent du bouillon, plus celui de la bière et du café, durant toute la première huitaine. L'accouchée retourne insensiblement à son régime habituel le second septénaire, et encore en ne reprenant de la viande qu'après avoir incorporé du bouillon la veille sans inconvénient.

Inutile d'ajouter que, à la moindre menace de quelque chose, nous changeons nos batteries.

Sans vouloir ici nous poser en spécialiste, nous constatons que notre pratique en fait d'accouchements *naturels* diffère quelque peu, si pas notablement, de celle d'un grand nombre de nos confrères et consœurs. C'est pourquoi nous avons cru bien faire en mettant en relief ce qui différencie notre conduite de celle de ces messieurs, et en le publiant dans un article à leur adresse. Nous les engageons pressamment à contrôler nos dires pour pouvoir ensuite ou relever nos erreurs si nous sommes dans l'illusion, ou réagir avec nous contre les tristes abus que nous venons de signaler, si nous avons de sérieux motifs pour oser dire: Heureuse aujourd'hui la parturiente qui n'est pas riche.—Dr CHAVÉE.—*La Lancette Belge*.

Dé la fréquence de quelques maladies infectieuses aiguës pendant la grossesse et de leur influence sur elle, par GOLDSCHMIDT (Copenhague, 1879).—L'auteur a emprunté les matériaux de son travail en partie aux publications antérieures, en partie aux grands hôpitaux de Copenhague. Parmi les nombreux tableaux de la partie statistique de ce mémoire, le suivant montre quelles sont les terminaisons diverses des typhus, de la variole et du choléra combinés avec la grossesse :

	Typhus.	Variole.	Choléra.
Mort sans avortement. ....	3,12 %	2,74 %	28,19%
Mort après avortement. ....	27,50	27,67	26,95
Guérison sans avortement.	25, 0	50,20	20,72
Guérison après avortement	44,38	14,32	24,14

La grossesse n'entraîne pas l'immunité à l'égard des maladies infectieuses aiguës, et celles-ci, dans les diverses épidémies, peuvent atteindre plus ou moins fréquemment les femmes enceintes. Il résulte des recherches de Goldschmidt que les typhus et spécialement la fièvre typhoïde, sont beaucoup plus rares chez les femmes enceintes que chez les autres, ce qui tient vraisemblablement à une immunité relative. D'autre part la variole et le choléra sont aussi fréquents chez les femmes enceintes que chez celles qui ne le sont pas.

Le pronostic *quoad vitam*, en ce qui concerne les typhus et la variole, est aggravé d'une façon notable par l'existence de la grossesse, tandis qu'il n'en est pas ainsi pour le choléra. Pour les deux premières affections, la mortalité est beaucoup

plus considérable dans la seconde moitié de la grossesse que dans la première.

Le danger résultant de la grossesse peut vraisemblablement être mis en grande partie sur le compte de l'avortement ou de l'accouchement qui se produit dans le cours de la maladie et vient alors des hémorrhgies concomitantes, et en partie sur le compte des maladies puerpérales qui en peuvent être la suite. L'interruption de la grossesse dans le cours de la maladie se montre dans plus de la moitié des cas pour le typhus, et dans la moitié à peu près pour la variole et le choléra; la grossesse a d'autant plus de chances d'être interrompue qu'elle est plus avancée.

Les causes prochaines de l'interruption de la grossesse sont au nombre de deux: 1<sup>o</sup> la disposition particulière aux hémorrhgies (métrorrhgies) qui accompagnent ces maladies même chez les femmes non enceintes; 2<sup>o</sup> la participation du fœtus à la maladie, qui existe au plus haut point dans le choléra, et qui est le moins prononcée dans le typhus. De ces deux conditions étiologiques, la première existe surtout dans la variole et le typhus, la seconde dans le choléra. (*Centralblatt für Gynaekologie*,)—*Lyon médical*.

---

## MÉDECINE LÉGALE.

---

### Etudes sur la mort.—(Suite.)

#### § 7.—DES SIGNES DE LA MORT.

Il n'est pas difficile de constater la mort, lorsqu'elle remonte à un terme assez éloigné. Il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit de poser un diagnostic exact alors qu'elle est récente. De trop nombreux exemples établissent combien il est facile aux médecins eux-mêmes de se laisser surprendre par une trompeuse apparence!

Les signes de la mort récente, c'est-à-dire dans les premiers instants qui suivent la cessation de la vie, se tirent de l'abolition de l'intelligence, de la sensibilité et de la motilité.

1<sup>o</sup> *Abolition de l'intelligence*.—Ce signe n'a aucune certitude. L'intelligence est abolie dans la syncope, dans l'asphyxie,

2<sup>o</sup> *Abolition de la sensibilité*.—Ce signe est également peu important. Les hystériques peuvent devenir absolument insensibles.

C'est sur cette croyance, partagée encore par des médecins, qu'une vive douleur peut servir de pierre de touche à la mort réelle, qu'est basée cette pratique de faire tomber sur la peau de la cire en fusion, de brûler les doigts, d'inciser la plante des pieds. Dans son testament, Andral avait recommandé de le soumettre après sa mort à cette épreuve, qui a été effectuée par Beshier. Dans un zèle exagéré, certains médecins ont fait de véritables entailles. On rapporte qu'un pseudo-mort, rappelé à la vie, a été six années à se guérir de ces incisions maladroites.

Il faut également se défier des sinapismes. Si la vie persiste, ils peuvent donner lieu à des eschares assez profondes pour la gravement compromettre.

Se basant sur la grande sensibilité du mamelon, surtout chez l'homme, le Dr Josat avait inventé une pince spéciale, pour le saisir et le tenailler.

Toutes les épreuves basées sur la douleur sont nulles et sans valeur. On sait que certains sujets, notamment les hystériques, plongés dans un état de mort apparente, sont dénués de toute espèce de sensibilité.

3<sup>o</sup> *Abolition de la motilité.*—Le premier effet de la mort se traduit par l'immobilité des traits du visage. Cet effet instantané a fait dire que les morts conservent l'impression ressentie par eux au moment suprême. On a prétendu que le sentiment de la terreur se lisait sur les traits des sujets morts victimes d'un accident ou d'un attentat. Il faut en rabattre de tous ces préjugés. M. Brouardel a fait de nombreuses recherches à la Morgue, et il a pu se convaincre que cette idée qui a cours dans l'opinion publique, en somme, n'a aucune valeur scientifique. La condition qui donne surtout au visage cette expression de terreur, c'est la décomposition cadavérique. Que l'on retire un cadavre qui a séjourné 24 heures au fond de l'eau : il a les yeux ouverts, les lèvres retournées ; son aspect rappelle le masque de la comédie antique. Cet aspect des traits n'a donc rien de probant. Il est bien plus le fait de la décomposition que celui de la terreur.

C'est cette suppression de la motilité qui explique la conservation de certaines attitudes, au moment d'une mort inopinée. Il est des morts qui demeurent plus ou moins longtemps dans une position qui échappe aux lois de la pesanteur.

Taylor rapporte le cas d'un colonel anglais qui, à Balaclava, chargeant à la tête de son régiment, eut la tête emportée par un boulet. Son cadavre se tint encore en selle, emporté par le cheval. Le sinistre cavalier ne tomba qu'avec son coursier.

Après la bataille de l'Alma, on trouva un soldat sans tête, agenouillé dans l'attitude de la prière.

On parle d'un cavalier dont le crâne avait été traversé par une balle et qui, le lendemain, tenait encore le pied à l'étrier pour monter en selle. Cavalier et cheval avaient conservé, depuis le moment de la mort, cet équilibre difficile.

L'abolition de la motilité se produit du côté de tous les sphincters.

Sous l'influence de la paralysie du nerf moteur oculaire commun, l'iris se dilate presque aussitôt après la mort. Mais le grand sympathique ne meurt qu'un peu tard. Ce n'est qu'au bout d'une heure et demie, environ, que la vie s'éteint en lui. A ce moment, la pupille se rétrécit.

Chacun sait que le relâchement du sphincter anal est une suite prochaine de la mort. Vaincu par la pression des gaz abdominaux, il livre passage aux matières contenues dans les intestins.

*Mouvements musculaires.*— Quand vient à se produire la rigidité cadavérique, les muscles se contractent. C'est ce phénomène qui donne lieu à la production de ce bruit sinistre dit *craquement osseux des cadavres*.

On a voulu faire un signe de la mort de la flexion du pouce. Ce caractère manque 7 fois sur 10. Il se produit quelquefois durant l'agonie. Il n'a donc aucune valeur au point de vue du diagnostic.

*L'électricité comme signe de la mort.*— On a proposé l'électricité comme signe certain de mort. La contractilité faradique peut, en effet, persister cinq à six heures après la cessation de la vie. Mais ce moyen est très peu pratique. Non seulement les appareils de ce genre ne peuvent être utilisés par les personnes étrangères à l'art de guérir, mais les médecins eux-mêmes sont loin de pouvoir toujours tirer parti d'instruments très délicats et trop souvent hors de service. Il est une autre raison non moins péremptoire : on n'a pas en tous lieux un appareil électrique à sa disposition. Ce n'est pas tout encore. Il est des cas, au rang desquels il faut citer le tétanos, la paralysie, ou la faradisation ne donne aucun résultat.

Pour toutes ces raisons, ce moyen, proposé au Sénat du premier empire, par le Dr Larrey, n'a pu être accepté comme mesure générale.

*Dynamoscopie.*— Le Dr Collongue a proposé un moyen très simple, mais malheureusement infidèle, pour constater la mort. Selon lui, quand le doigt d'une personne privée de vie est engagé dans le conduit auditif externe d'un expérimentateur, celui-ci ressent de petits craquements, des pétilllements qui cessent d'être ressentis, si le doigt est celui d'un cadavre. Malheureusement les mêmes effets peuvent être obtenus entouré-

d'un linge, d'un papier mouillé. Ces phénomènes dépendent uniquement du degré de pression exercé contre les parois du conduit auditif.

*Epreuve du verre d'eau.*—Cette épreuve, basé sur la production des contractions musculaires insensibles à la vue et au toucher, consiste à poser, sur l'extrémité de la huitième côte, un vase rempli d'eau. Au moindre mouvement de la cage thoracique, on voit se déplacer le niveau du liquide. Cette épreuve est difficile en raison de la difficulté de faire tenir le verre en équilibre sur l'extrémité de la 8<sup>e</sup> côte.

*Epreuve de la glace.*—Il ne sera question que pour mémoire de l'épreuve qui consiste à approcher de la bouche une glace, qui se ternit si les fonctions respiratoires ne sont pas abolies.

*Signes de la mort tirés de la circulation.*—Les signes de la mort tirés de la circulation sont entre tous peut-être les plus importants.

Gallien avait déjà constaté que le pouls cessait de se faire sentir au moment de l'extinction de la vie. Ce n'est qu'en 1849 que Bouchut a eu l'honneur de faire ressortir scientifiquement toute la valeur de ce caractère. Il a démontré que si, par l'auscultation pratiquée pendant deux minutes, on ne perçoit aucun battement cardiaque, la mort est réelle.

Andral trouva ce délai trop court. Il crut convenable de prolonger l'expérience pendant cinq minutes.

Ainsi effectuées, ces épreuves sont absolument insuffisantes. Depaul a vu renaître des nouveau-nés après 4 et 5 heures de mort apparente. Budin a observé un cas de résurrection après une heure et demie. M. Brouardel a vu, chez un jeune homme de quinze ans, le cœur ne reprendre à battre qu'après trois-quarts d'heure d'interruption bien constatée de ses mouvements.

On ne réfléchit pas à la difficulté de pratiquer une auscultation attentive, pendant 2 et 5 minutes consécutive. Au bout d'une minute à peine on n'entend déjà plus; l'oreille bourdonne.

Si cette difficulté existe déjà quand le cadavre, placé sur un lit, permet à l'explorateur de prendre une attitude exempte de trop de fatigue, que devient-elle dans les cas plus fréquents, où le médecin est appelé à se prononcer. Il s'agit d'un noyé dont les vêtements sont tout mouillés; d'un malheureux dont les habits sont souillés. Le cadavre est sur la voie publique. C'est un vidangeur, retiré privé de sentiment et peut-être de vie d'une fosse d'aisance. Dans toutes ces conditions, comment utiliser avec fruit l'explorations auriculaire ?

En somme, le moyen proposé par M. Bouchut est excellent.

mais il convient de l'utiliser différemment. Au lieu de laisser l'oreille appliquée de 2 à 5 minutes consécutives sur la poitrine, il faut pratiquer l'auscultation du cœur moins longuement, mais y revenir à répétées fois durant  $\frac{1}{2}$  heure, une heure et même deux heures. Si, dans toutes ces épreuves, on ne surprend aucune pulsation cardiaque, c'est qu'on se trouve réellement en présence d'un cadavre.

Mais le cœur peut se contracter encore sans que l'oreille parvienne à percevoir le moindre bruit. Pour traduire à la vue les mouvements insensibles du cœur, un Allemand a eu l'idée d'enfoncer, au sien de l'organe, de longues épingles, portant à leur extrémité libre un petit pavillon blanc. Ce procédé d'exploration n'a rien de dangereux du fait même de la piqûre du cœur, laquelle est absolument inoffensive. Mais, en mettant en œuvre ce mode d'épreuve, on se heurte contre un danger redoutable. Quand la mort n'est qu'apparente, la circulation se fait avec une extrême lenteur. En de telles conditions, le sang se coagule très aisément. C'est dire assez le péril auquel se trouve exposé le pseudo-cadavre. Pour cette raison, ce procédé est peu pratique, eu égard à ses dangers.

Qu'il nous soit permis, à ce propos, de rappeler une expérience qui a été effectuée par nous-même, en 1862.

Un homme portant deux seaux d'eau tomba foudroyé sur la voie publique. Un quart d'heure environ après l'accident, nous arrivâmes auprès du cadavre, que nous fîmes transporter au plus près, et déposer sur les dalles d'une pièce-basse de l'hôpital. Un prêtre, prévenu aussitôt, nous demanda s'il était temps encore de donner l'extrême-onction à ce corps non refroidi? Notre trousse de poche était pourvue d'une longue aiguille à acupuncture. Nous l'enfonçâmes dans le cœur et aussitôt, à l'extrême surprise des nombreux assistants, la tête de l'aiguille se mit à effectuer de larges oscillations. Le cœur, on le sait, *primum vivens* est aussi *ultimum moriens*. Le prêtre se crut fondé à remplir son ministère...

Les oscillations de l'aiguille continuèrent encore assez longtemps.

Voici donc un fait revêtu du plus grand cachet d'authenticité, car il s'est passé en présence d'un grand nombre de témoins. Les contractions cardiaques, absolument insensibles à l'oreille, ont pu être traduites à la vue de tous, par les mouvements imprimés à l'aiguille une demi-heure, pour le moins, après le décès. (*N. de Réd.*)

Un allemand (pour sûr telle doit être la nationalité de ce médecin) a proposé d'ouvrir la jugulaire gauche et d'y engager un long stylet jusqu'au sein de l'organe central de la circulation, pour réveiller sa contractilité...

On a aussi conseillé l'artériotomie pour constater la mort. S'il s'agissait d'ouvrir la temporale, le danger ne serait pas grand, mais en cas de mort apparente, il ne serait pas indifférent d'en agir de la sorte sur une artère importante, la radiale, par exemple.

Cette épreuve, du reste est peu probante. Magendie, notamment, a démontré que dans le choléra l'artère radiale est vide de sang. Ce signe n'a donc aucune certitude.

La saignée par la veine n'offre pas plus de garanties. Il y a plus, le médecin qui la pratique sur un cadavre s'expose à s'attirer quelques désagréments. En voici les raisons :

Vient-on à pratiquer une saignée sur un cadavre ? Il ne s'écoule pas une goutte de sang au moment de l'incision. Mais, de 2 à 15 heures après, la plaie donne issue à des liquides à aspect sanguin.

C'était sur une telle épreuve qu'était jadis institué le *Jugement de Dieu*.

Une personne était-elle soupçonnée d'avoir donné la mort à quelqu'un à la suite d'une blessure ? L'accusé était mis en présence du cadavre. Si du sang s'écoulait au travers de la plaie, ledit accusé était déclaré coupable.

Le résultat de cette épreuve, on le voit, était subordonné au temps écoulé depuis la mort. Plus le moment du décès est éloigné, plus il y a de chance pour que le phénomène ci-dessus se produise. Le sang, stagnant sous l'influence des gaz abdominaux, subit une compression qui, ainsi que les liquides en décomposition, le pousse vers la périphérie.

C'est pour cette raison que Fodéré recommandait toujours, quand on venait à pratiquer une saignée en de telles conditions, d'avoir bien soin d'appliquer un bandage, et de le serrer le plus possible.—Dr Ch. BERTRAND.—(A suivre.)—*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*.

---

## NOTES DE THÉRAPEUTIQUE.

---

**Traitement de la cystite chronique par le chlorate de potasse**, par ZUCCARELLI.—Il rend les urines limpides, diminue les douleurs, permet la déplétion plus facile de la vessie, augmente les contractions musculaires ; son action utile est quelquefois rapide, même dans des cas graves. Le donner à l'intérieur à doses élevées, jusqu'à 30 grammes (!) aumoment des repas. Sa solution au centième d'abord, puis plus concentrée, peut être injecté dans la vessie.—(Bull. thér.)—*Lyon méd.*

**De la lientérie chez l'enfant et de son traitement par l'acide chlorhydrique, par MONCORVO.**—L'auteur, qui a abandonné l'usage de la pepsine, attribuant la lientérie au passage rapide d'aliments non digérés (par suite de l'absence d'acide chlorhydrique normal dans le suc gastrique), de l'estomac dans l'intestin, administre une à trois gouttes d'acide, suivant l'âge, dans un petit verre de vin blanc.—(*Journ. de théér.*)—*Lyon médical.*

**Chorée guérie en huit jours à la suite de l'emploi du salicylate de soude, par DRÆSCH.**—Fille âgée de dix ans, chorée paraissant de nature rhumatismale, 6 gr. par jour de salicylate, vomissements le premier jour après chaque prise; le deuxième jour la tolérance s'établit, et la chorée s'améliore; le traitement a duré six jours, au bout desquels les mouvements choréiques étaient à peu près supprimés; le drap mouillé au saut du lit, la gymnastique, et une alimentation riche ont achevé la guérison. (*Bull. thérapeutique, juin.*)—*Lyon médical.*

**Collutoire de dentition au bromure de potassium.**  
—M. Peyraud (Bordeaux) dit qu'on peut calmer le prurit dentaire chez les enfant, de façon à éviter tous les accidents réflexes de ce travail physiologique.

Bromure de potassium.	2 à 3 grammes
Miel.....	15 à 20 —
Eau.....	Q. s.

Chauffez et évaporez jusqu'à consistance de miel, après avoir alcoolisé pour la conservation du collutoire.

Frictionner les gencives quatre fois par jour.

M. E. Bouchut préfère le sirop suivant :

Sirop de guimauve.....	15 grammes
— de codéine.....	5 —
Borax.....	1 —

Il est plus facile à préparer et ses résultats sont les mêmes.  
—(*Paris Médical.*)—*Lyon médical.*

---

---

# L'UNION MÉDICALE DU CANADA

MONTREAL, DECEMBRE 1879.

*Comité de Rédaction :*

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

---

## La Réciprocité Médicale.

---

Notre système d'enseignement médical est-il le même dans les différentes parties de la Confédération, ou bien est-il sur un pied plus élevé dans une province que dans une autre ? Pourquoi dans Ontario refuser à Québec de laisser pratiquer dans ses limites des médecins à qui cette dernière province a donné diplôme et licence ? Pourquoi nous est-il nécessaire quand nous voulons aller planter notre tente là-bas, de passer devant un bureau d'examineurs un nouvel examen, comme tout élève en médecine qui n'a pas encore été gradué ? Ainsi est-il fait à ceux des autres provinces qui viennent s'établir parmi nous.

Cet état de choses constitue un esprit d'égoïsme étroit, de rivalité jalouse, et c'est bien un contre-sens alors que d'appeler sœurs les différentes provinces de la Confédération ! On ne se traite pas avec autant de défiance entre enfants d'une même mère. Il n'en est pas ainsi pour les médecins seulement des différentes provinces ; les avocats sont sur un même pied levé entre eux.

Le provincialisme n'a pas plus sa raison d'être que l'esprit de clocher des villages ou des villes : l'échange des bons égards et des marques de confiance doit être la base de la conduite des uns vis-à-vis des autres, à moins toutefois qu'il ne soit établi que par là une partie souffrirait à l'avantage de l'autre, c'est-à-dire à moins qu'il ne puisse être prouvé que telle province offre plus de prise à la licence que telle autre province. Alors on ne saurait être trop sévère, ni trop défiant.

L'Education est sous le contrôle des législatures locales ; le gouvernement central n'a rien à y voir, croyons-nous. Les

Pères de la Confédération, grands législateurs, ont voulu sauvegarder ainsi un des plus grands biens que puisse posséder l'homme, la liberté d'Enseignement qui, alors, pour nous Canadiens-français, consistait en la conservation de notre éducation religieuse dans la province de Québec. Respect et protection ont donc ainsi été accordés à la nationalité, à la religion. Mais ce contrôle local de l'Éducation scientifique comme de l'Éducation primaire ne doit pas conduire à l'exclusivisme que nous pratiquons, et la réciprocité ne doit pas être un vain mot.

Etablissons donc la conduite que doivent suivre les différentes provinces de la Confédération au sujet de la pratique de la médecine. Les différentes Universités doivent se connaître et s'étudier ; si Ontario reconnaît chez nous des Universités qui ne méritent pas sa confiance, qu'on ne craigne pas de le publier haut, bien haut, sur les toits. Si nous, de notre côté, croyons que l'enseignement médical d'Ontario est inférieur à celui de Québec, notre sévérité ne pourrait jamais aller assez loin. Si, au contraire, il y a harmonie entre tous, qu'il y ait aussi égalité, et que le provincialisme soit aboli ! Nous sommes avant tout, nous dit un journal qui nous a suggéré l'idée que nous soumettons aujourd'hui, nous sommes avant tout Canadiens, et non pas Québécois, ni Torontonien, etc.

\*\*\*

Nous avons rectifié une annonce faite dans l'Annuaire de l'Université Victoria, et qui refusait aux élèves de l'Université Laval le droit de suivre la Maternité : les faits ont prouvé et prouvent encore que nous avons raison de faire cette rectification puisque les élèves de ces deux institutions sont aujourd'hui sur le même pied à la Maternité.

L'*Abeille* nous répond à ce sujet, en hant latin, et discute le droit que nous avons d'occuper la place que l'autorité ecclésiastique nous a donnée !... Probablement que notre confrère va continuer à nous parler une langue qui lui coûte d'autant moins cher qu'elle est empruntée,—plus que cela—qu'elle lui est prêtée généreusement et que dans sa prochaine livraison nous y verrons une longue étude, pour laquelle il prendra fait et cause, et qui pourra avoir pour sujet cette axiôme utopique que Machiavel cite dans son *Maudragore* : *Qui nescit dissimulare, nescit requare*.

—

**Dispensaire.**—La Faculté de Médecine de l'Université Laval, à Montréal, a pris la direction du service médical du Dispensariat St. Joseph, depuis le 1er décembre courant.

**Nomination.**—Monsieur le dentiste L. J. B. LeBlanc vient d'être nommé dentiste de la Faculté de Médecine de l'Université-Laval, à Montréal, et a pris, comme tel, la direction du Département de la chirurgie-Dentaire au Dispensaire St. Joseph.

**Lactopeptine.**—Cette préparation qui est composée de pepsine, de pancréatine, de diastase (ptyaline végétale), d'acides lactique et hydrochlorique et de sucre de lait, a déjà acquis tant dans ce pays qu'à l'étranger une immense réputation dans le traitement de certaines formes de dyspepsie et dans les troubles digestifs des enfants. Nous l'avons employée dans un assez grand nombre de cas et en avons toujours obtenu des résultats très-satisfaisants.

Grand nombre de médecins emploient la pepsine, mais la lactopeptine contient cette substance alliée à plusieurs autres d'un effet très-puissant sinon égal à celui de la pepsine comme régulateurs du processus digestif. Loomis Sayre, Percy, Packard, Meigs Dawson et Yandell en recommandent l'emploi et la masse de la profession semble corroborer ce témoignage après avoir fait usage de cette préparation.

### Brochure reçue.

An Examination of the Usual Signs of Dislocation of the Hip, also, an inquiry into the proper mode of procedure when dislocation of the hip is accompanied with fracture of the femur, by Oscar H. Allis, M. D., Surgeon of the Presbyterian Hospital.

### VARIÉTÉS.

**Incendie par le thermo-cautère pendant l'anesthésie à l'éther.**—M. Poncet de Lyon avait endormi avec l'éther une femme pour lui redresser une jambe fléchie par une arthrite du genou droit, et devait faire suivre le redressement de l'application de quelques pointes de feu. On avait employé 150 grammes d'éther, car la malade était difficile à endormir; la fenêtre avait été ouverte, la pièce était grande et on séparait en quelque sorte le sac à éther du thermocautère.

Brusquement l'appartement fut tout en feu, et le lit fut embrasé, le sac à éther fut jeté sur le parquet et la malade enle-

véc. La malade fut à peine atteinte, mais le docteur Gros qui donnait le chloroforme, eut les mains complètement brûlées.

D'autres accidents du même genre ont été signalés. MM. Cazeneuve et Ponset, qui étudient le fait dans *Lyon médical*, ont fait quelques expériences qui semblent démontrer que cela ne pourrait arriver avec le thermo-cautère rouge; un métal chauffé au rouge sombre s'éteint dans l'éther en formant de l'aldéhyde. Mais lorsque le thermo-cautère est porté au rouge blanc cela peut arriver. Ils concluent à des précautions grandes, et à la nécessité de ne pas laisser la température du thermo-cautère s'élever.

Pour notre part nous conclurions plus volontiers encore à la suppression absolue de l'anesthésie par l'éther toutes les fois qu'on doit opérer à la lumière ou avec le fer ou le platine rouge.

Ce n'est pas en effet le platine seul qui met le feu aux vapeurs d'éther. Nous nous souvenons, qu'au temps où florissait l'anesthésie locale par la pulvérisation de l'éther, Dolbeau, remplaçant Jobert à l'Hôtel-Dieu, s'était avisé d'anesthésier ainsi les hémorroïdes d'un homme qu'il allait cautériser au fer rouge.

Le jet d'éther fut suspendu, le fer rouge fut approché; mais les vapeurs d'éther assez denses prirent feu. Les hémorroïdes résistèrent, mais tout le système pileux du pauvre diable, ses fesses et ses cuisses furent vigoureusement brûlées. Il en fut de même des mains des aides. On ne saurait trop apporter de réserve à l'emploi du feu quand l'éther est en jeu.—*Journal de médecine et de chirurgie.*

**Les meilleures boissons contre le froid.**—D'expériences récentes de Brunton, il résulte que l'alcool, en dilatant les vaisseaux superficiels de la peau, réchauffe les membres au détriment des organes internes, il suit de là que l'usage de l'alcool est nuisible avant ou pendant l'exposition du corps au froid.

Par contre, il est très-utile après cette exposition, parce qu'à ce moment il tend à prévenir la congestion des organes internes.

Les meilleures boissons pendant que l'on est exposé au froid, en telle est aussi l'opinion du Dr Hammond, sont les infusions très-chaudes de thé, de café et de coca, substances d'épargne qui ont la propriété de prévenir les dégâts (*gaspillage*) des tissus sous l'action des exercices prolongés. (*Medical Examiner*).—*Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale.*

# TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE HUITIÈME VOLUME.

	PAGES.
Abcès ilio-fémoral [diagnostic de l'].....	511
Abeille médicale [l'].....	139
Accomodation spontanée de la tête du fœtus dans l'excavation pendant le travail.....	132
Accouchement [l'] naturel chez les riches.....	561
Acide acétique en injection dans le carcinôme.....	374
Acide chrysophanique contre le masque.....	514
Acide salicylique comme remplaçant de l'acide phénique.....	131
Admission à la pratique de la médecine.....	42
Admission à l'étude de la médecine.....	288
Aliénation mentale [traitement de l'].....	412
Alopécie survenue à la suite d'une frayeur.....	428
Amygdales [abcès des].....	182
Amygdalotomie [danger de l'] en pleine amygdalite.....	132
Anasarque [traitement chirurgical de l'].....	277, 418
Anémie des vieillards [notes sur l'administration du fer dans l'].....	119
Anesthésie par l'iodoforme.....	183
Angine couenneuse [traitement de l'] par la glace.....	223
Anthrax [traitement de l'] et des affections phlegmasiques aiguës par la méthode hémospaso-aspiratrice.....	20
Antigastralgique [poudre].....	134
Apoplexie [de l'].....	241
Appareils inamovibles [moyen d'appliquer l'extension aux].....	27
Artère fémorale [ligature de l'].....	154
Articulations [mobilisation et immobilisation des].....	414
Assemblée du Bureau Provincial de Médecine.....	286
Association Médicale de la Puissance.....	477
Association Pharmaceutique de la Province de Québec.....	238
Asthme et Broncho-pneumonie.....	272
Badeaux [nomination de M. le Dr].....	384
Benzoate [du] de soude dans la diphthérie.....	548
Bibliographie.....	485
Brochures reçues.....	48, 96, 192, 383, 431, 478, 575
Brodeur [M. Azarié].....	96
Broncho-pneumonie et asthme.....	272
Brûlures [pansement de Lyster dans les].....	29
Bureau Provincial de Médecine.....	474
Calomel; son altérabilité et des précautions à prendre dans son emploi.....	77
Calvitie [traitement de la].....	372

	PAGE.
Canada Medical and Surgical Journal.....	432
Cancer; [emploi de l'encolyptus dans le].....	170
Cancer de l'estomac [importance des données thermométriques dans le diagnostic du].....	80
Cancer utérin [palliatifs du].....	133
Carcinome [traitement du].....	374
Cataplasme [manière d'appliquer utilement un].....	226
Cataplasme de Trousseau, [confection et indications du].....	269
Cathétérisme [le] chez les vieillards.....	553
Cellule [la].....	426
Cendrillon en Amérique.....	191
Centres nerveux [principales action des].....	70
Charbonnouses [traitement préventif des affections].....	22
Cheveux superflus [moyen de faire disparaître les].....	427
Chloro-anémie [de la].....	318
Chorée guérie en huit jours à la suite de l'emploi du salicylate de soude	572
Chorée [Salicylate de soude dans la].....	410
Chorée vulgaire chez les vieillards.....	271
Circocision [danger de la] pendant l'existence d'un chancre mou dans le voisinage.....	368
Code Medical.....	283
Collège des médecins et chirurgiens.....	336, 478
Collège Victoria de Cobourg.....	432
Ollutoire de dentition au bromure de potassium.....	572
Concours [abus du tabac].....	238
Constipation des enfants [traitement de la].....	505
Cordon ombilical [A quel moment doit-on lier le].....	280
Corps étrangers de l'intestin, extraction par la laparotomie.....	25
Croup [traitement du] par le sulfate de zinc.....	373
Croup chronique [traitement de la].....	410
Cystocèle vaginale.....	229
Décès.....	192, 240, 288, 479, 528
Déformations osseuses du crâne caractéristiques de la syphilis chez les nouveau-nés.....	269
Delirium tremens.....	404
Démissions.....	336
Diagnostic et pronostic.....	8
Diarrhée de la dentition [traitement de la].....	178
Diarrhée des enfants.....	353, 385
Diarrhée des tuberculeux [traitement de la].....	501
Diète lactée et viande crue.....	449
Diphthérie [du tannin dans le traitement de la].....	272
Dispensaire.....	574
Dispensaire de la Providence.....	288
Drainage abdominal des portions adhérentes des kystes ovariens substitué à l'ovariotomie complète.....	550
Eau chaude [emploi de l'] en chirurgie comme hémostatique.....	371
École de médecine et de chirurgie de Montréal.....	189, 478
Eclampsie puerpérale traitement de l'] par le bromure de potassium.....	185
Embaumement en général.....avec le thymol.....	39
Empoisonnement par l'arsenic [antidote de l'].....	322
Empoisonnement par le vert de Paris.....	394
Empoisonnement par la noix muscade.....	527

Épanchements pleuraux, séreux et purulents [du signe différentiel entre les différents].....	23
Épithélides de la grossesse, [traitement des] par l'acide chrysophanique	514
Epidémiologie [un peu d'] au sujet de la peste.....	135
Epilepsie et bromure de potassium.....	55
Epithélium en général.....	337
Erysipèle [traitement de l'].....	113
Études sur la mort.....	419, 517, 566
Expertises scientifiques.....	191
Extraction du fœtus [manière de faire l'].....	455
Fabre [départ de Mgr.].....	335
Faculté de médecine de l'Université Laval à Montréal.....	383
Fèvre jaune [la].....	382
Fèvre typhoïdique [de la].....	265
Fistules anales et abcès de la marge de l'anus—doit-on les opérer chez les phthisiques.....	326
Fissure à l'anus.....	276
Foie [historique de la physiologie du].....	289
Fréquence de quelques maladies infectieuses aiguës pendant la gros- sesse et de leur influence sur elle .....	565
Gastrotomie [de la].....	416
Gercures du sein [de la séborrhée dans les].....	30
Guarana dans le rhumatisme musculaire.....	500
Hémorrhagie post-partum.....	83, 329
Hentrie [de la] chez l'enfant et de son traitement par l'acide chlo- hydrique.....	572
Hernie ombilicale .....	323
Homicide par imprudence.....	191
Honoraires [recouvrement des].....	376
Hoquet rebelle guéri par le jaborandi.....	369
Hydarthrose [traitement de l'].....	278
Hydrocèle [considérations pratiques sur l'] .....	121
Incendie thermo-cautère pendant l'anesthésie à l'éther.....	575
Incontinence d'urine [traitement de l'].....	499
Influenza .....	186
Injections sous cutanées [formules pour].....	36
Injections vaginales [du danger des].....	231
Injections intravésicales contre divers états de la vessie de la prostates et de l'urètre.....	502
Intoxication par la benzine.....	549
Iodoforme [de l'] thérapeutique.....	81, 281
Iodoforme [anesthésie par l'].....	183
Ipéac [théorie de l'action antihémoptoïque de l'].....	503
Jaborandi [du] dans les épanchements pleurétiques.....	1
Jaborandi [hoquet rebelle guéri par le].....	369
Lactopeptine.....	48, 384, 575
Lithotritie par la méthode expéditive.....	509
Loi médicale [amendements à la] .....	429, 468
Loi médicale [la nouvelle].....	432
Malt [extrait de] de Trommer.....	48, 239
Mariage .....	96
Maternité Ste. Pélagie.....	432
Meilleures [des] boissons contre le froid .....	376
Mérite [traitement de la] par l'oxalate de potasse.....	372

	PAGES.
Migraine [traitement de la] .....	410
Morphinisme et morphiomanie.....	142
Naissances.....	144, 192, 288, 336, 384, 479
Nécrologie.....	141
Neurasthénie [de la].....	145, 201
Névralgies essentielles [du traitement des].....	116
Nitrite d'amyle et ses applications .....	503
Nomination.....	575
Non-consolidation des fractures [de la] .....	251
Nourrices [Erasmus et les].....	516
Obstétrique [l'] à Siam .....	500
Obstruction intestinale, l'étude expérimentale sur le [traitement de l']	279
Ongle incarné, traitement par le nitrate de plomb et la morphine.....	427
Ouvre-bouche .....	29
Ovariectomie [indications et contre-indications de l'] dans le traitement des kystes de l'ovaire .....	86
Ovariectomie double [transfusion du lait dans un cas d'].....	370
Ozène [traitement de l'].....	172
Pancréatine [de la].....	28, 328
Pansement avec la ouate imprégnée de camphre et de glycérine..	452
Pansement antiseptique en Allemagne et en Angleterre.....	227
Pansement des plaies par la méthode portugaise .....	506
Pansement de Lister à Londres.....	29
Pansement de Lister dans les brûlures .....	179
Paralysies diphthériques [pithozénie et traitement des] .....	90
Patton [affaire] .....	497
Petites doses [le génie des] .....	126
Phimosi [opération du] par la ligature élastique.....	300
Phosphaturie [rapport de la] avec certaines opérations chirurgicales	49
Phthisie [des différentes variétés de].....	119
Phthisie pulmonaire [note sur l'administration du fer dans la] et l'anémie des vieillards .....	275
Phthisie pulmonaire [les stations hivernales et la cure à Pétale dans le traitement de la].....	96
Pilhé [M. le Dr] .....	78
Pilocarpine [emploi de la] en injection hypodermique dans l'urémie..	372
Pilocarpine [emploi de la] en injection hypodermique dans la calvitie	419
Plaies de la tête.....	73
Pleurésie [guérison de la] par la ponction aspiratrice.....	506
Pleurésie à marche lente, traitement par le chlorhydrate de pilocar- pine .....	461
Poisons métalliques [nouveau procédé pour la recherche des] .....	528
Population de l'Europe .....	193
Position [de la] dans le traitement des maladies.....	86
Poudre tonique.....	558
Présentation de l'épaule avec proéminence du bras—Version.....	364
Professorat .....	550
Propriétés [des] toxiques de l'acide phénique en chirurgie .....	454
Protoxyde d'azote [emploi du] dans les opérations chirurgicales.....	134
Prurit vulvaire.....	232
Qualité [la] plutôt que la quantité.....	573
Réciprocité [la] médicale.....	288
Rectification.....	95
Rédaction [un changement dans le personnel de la] .....	

	PAGES.
Régime des prostatifères .....	552
Réinfection syphilitique .....	31
Relation entre les lésions valvulaires cardiaques et la phthisie pulmonaire .....	551
Remèdes patentés .....	284
Retention d'urine et ponction de la vessie .....	278
Retention inorganique d'urine, traitée par la teinture d'ergot de seigle en injections sous-cutanées .....	39
Rhumatisme [du] .....	97, 159
Rhumatisme articulaire, traitement par le suc de citron .....	82
Rhumatisme articulaire aigu des enfants [du salicylate de soude dans le traitement du] .....	366
Rhumatisme articulaire aigu [traitement du] par le salicylate de soude .....	494
Rhumatisme chronique [pomme contre le] .....	282
Rhumatisme musculaire [traitement du] par le guarana .....	500
Saignée [le la] dans l'hémorrhagie cérébrale .....	531
Saignée [historique de la] .....	218
Salicylate de soude dans le diabète sucré .....	547
Salicylate de soude [du] dans la thérapeutique infantile .....	83
Salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire aigu des enfants .....	366
Salicylate de soude dans la chorée .....	410
Santonine [effets toxiques de la] .....	76
Satire médicale [une réponse à] .....	162
Science et charlatanisme en médecine .....	524
Séance universitaire .....	332
Séjour [du] prolongé dans les écuries à vaches, dans le traitement de la tuberculose .....	514
Société Médicale de Montréal .....	44, 139, 235, 287, 334, 380
Somnambulisme [du] provoqué .....	322
Spéculum [emploi du] pour aider au diagnostic pendant l'accouchement .....	460
Spermatorrhée .....	546
Syphilis [traitement de la] par l'excision du chancre induré .....	34
Table des matières .....	577
Taches vineuses [traitement des] .....	513
Tænia inermis [note sur l'emploi de l'écorce de tige de grenadier contre le] .....	78
Tarif d'honoraires des médecins de la Province de Québec .....	479
Température [de la] dans les maladies au point de vue du diagnostic et du pronostic .....	215
Thérapeutique [quelques erreurs en] .....	481
Thermométrie [appréciation de la] .....	192
Thymol [embaumement avec le] .....	39
Traitement de la cystite chronique par le chlorate de potasse .....	561
Traitement [du] des hémorroïdes par l'injection hypodermique d'acide phénique .....	557
Tic douloureux [traitement du] .....	505
Traitement [du] de la chorée .....	551
Traitement des professeurs de la Faculté de Médecine de Paris .....	96
Traitement moral [du] de l'hystérie .....	529
Traitement [du] du rachitisme .....	536
Trichinose [traitement de la] par l'extract d'ergot .....	83
Tuberculeux [du traitement hygiénique des] .....	12, 66, 106, 164, 211, 256, 310, 359, 397, 442, 487

	PAGES.
Traitement [du] des tumeurs blanches.....	556
Tuberculeux [traitement de la diarrhée des].....	501
Tuberculose [de la] considérée comme une maladie infectieuse.....	79
"    [funestes effets des grandes villes et de la vie confinée sur le développement de la].....	225
Ulcérations du col de l'utérus [de la glycérine créosotée contre les]..	184
Ulcères de la jambe [traitement des] par le bandage de caoutchouc pur.....	24
Union Bichat.....	527
Université Laval à Montréal.....	335, 478
Université Laval à Montréal, discours de M. le Dr. Rottot.....	433
"    "    "    ouvertures des cours.....	433, 471
"    "    "    et Ecole de Médecine Victoria.....	190
Urénic [des injections hypodermiques de pilocopine dans l'].....	78
Vaccin et hymolisé .....	87
Vaccinales [recherches sur l'infection et l'immunité].....	88
Vagissements utérins.....	161
Variole [traitement des complications oculaires].....	374
Vessie [stigmates de maïs dans les maladies de la].....	412
Viande crue [la] et la diète lactée.....	449

---

### COLLABORATEURS AU HUITIÈME VOLUME.

---

BROSSEAU, A. T., M.D., Montréal.  
 DAGENAIS, A., M.D., Montréal.  
 DESROSIERS, H. E., M.D., Montréal.  
 DUPUIS, TH. R., M.D., Kingston.  
 FILIATRAULT, C. M., M.D., Montréal.  
 GABOURY, A. M.D., Saint-Martin.  
 LACHAPPELLE, S., M.D., Ville Saint-Henri.  
 LAMARCHE, A., M.D., Montréal.  
 LARAMÉE A., M.D., Montréal.  
 LARUE HUBERT, M.D., Québec.  
 RICARD, A. G. A., M.D., Montréal.  
 ROTTOT, J. P., M.D., Montréal.  
 SMITH ARTHUR LAPHORN, M.D., Montréal.