

## Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

Canadiana.org has attempted to obtain the best 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.

Canadiana.org 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.

- 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.

- Additional comments /  
Commentaires supplémentaires:      Continuous pagination.

# LA GAZETTE MÉDICALE

## DE MONTREAL

Revue Mensuelle de Médecine, de Chirurgie et des  
Sciences accessoires

---

VOL. II. MONTREAL, DÉCEMBRE 1888. No 12.

---

TRAVAUX ORIGINAUX.

---

### CLINIQUE MÉDICALE A L'HÔTEL-DIEU

Donnée par l'Hon. Dr A. H. PAQUET

---

#### La fièvre typhoïde.

---

Novembre 1888.

Messieurs,

En parcourant les salles de notre vaste hôpital, pour vous offrir les cas les plus dignes de votre attention, j'ai constaté qu'elles contenaient plusieurs typhoïdes, et je me suis dit qu'avec l'attention que vous apportez au service qui se fait à l'Hôtel-Dieu (et je suis heureux de vous rendre publiquement ici ce tribut d'éloges mérité), et les observations que je vais vous soumettre, je parviendrais à vous être utile, en dépit de l'impossibilité de transporter les malades dans notre amphithéâtre ; car ceux qui sont assez bien pour y venir ne vous donneraient pas tout l'intérêt que ces malades nous offrent. A vous donc d'y suppléer par une attention soutenue en parcourant les salles qui contiennent la maladie sous toutes ses formes et à ses périodes diverses.

De toutes les fièvres, c'est la typhoïde qui est ici la plus commune. Elle est désignée par les Américains sous le nom de "*typhoïde*," par

les Français : "*affection typhoïde ou dothiëntérie,*" par les Anglais : "*fièvre entérique,*" par les Allemands : "*typhus abdominal ou fièvre gastrique.*"

Quelle est son anatomic morbide ? sang de couleur plus foncée ; sa coagulation plus imparfaite ; son sérum plus jaune ; diminution de sa fibrine et augmentation des globules blancs ; altération des parenchymes, surtout de la rate, des reins, du foie, etc. Le cœur devient plus friable, jouit d'une moindre force contractile, contient souvent de petits caillots, ce qui explique que ses bruits deviennent moins distincts et que dans bien des cas le premier bruit manque tout-à-fait.

Dans les bronches on constate si souvent de l'irritation et de la congestion que le Dr Stokes a proposé d'appeler cette maladie "*typhus bronchique.*" La congestion peut se propager jusqu'aux capillaires et de ces dernières au parenchyme du poumon et donner lieu à la broncho-pneumonie. Le larynx, le pharynx peuvent être ulcérés, ainsi que les tubes d'Eustache, et produire cette surdité permanente qu'on constate malheureusement quelquefois à la suite de ces fièvres. Le cerveau, bien que presque constamment troublé, ne donne pas de lésions correspondantes aux perturbations qu'on remarque à part l'œdème de la pie-mère et du cerveau, ainsi que l'adhérence de la dure-mère au crâne, ce qui n'a pas souvent lieu.

L'estomac subit aussi une dégénérescence de sa structure glandulaire et c'est à cela qu'on doit songer pour prescrire une diète sévère et de digestion facile si on ne veut pas voir arriver une complication formidable au moindre écart de régime.

Les muscles s'atrophient, les glandes salivaires deviennent fermes et durcies, de là la sécheresse presque constante de la bouche.

Mais c'est aux intestins surtout qu'on observe les plus grandes lésions et principalement près de la valvule iléo-cœcale et plus particulièrement dans les glandes de Peyer qui deviennent soulevées d'une à deux lignes, se terminant ou par résolution ou par nécrose, ou la formation d'ulcères typhoïdes allant quelquefois jusqu'à la perforation.

Est-elle d'origine spontanée ou due à la contagion ? Bien qu'il y ait encore doute chez plusieurs à ce sujet, l'idée de sa contagion est le plus généralement acceptée. Quant à son origine, la plupart admettent aujourd'hui que le poison existe dans les matières fécales qui ont subi certaines modifications quelque temps après leur excrétion ; car récentes, elles ne sont pas, à beaucoup près, aussi dangereuses. L'incubation est de 14 à 21 jours. L'air que nous respirons, l'eau que nous buvons sont deux grandes causes d'infection. Les émanations des canaux des égouts, l'eau de source et de pluie, surtout s'ils sont près des latrines ou des fumiers de l'étable, sont des causes d'infection.

Le lait propage cette mal<sup>l</sup> par son mélange avec une eau contaminée. Sa plus grande fréquence est pendant l'automne. Elle est souvent endémique. Des familles complètes y passent. Les âges de sa plus grande fréquence sont entre 15 et 25 ans ; rare au-dessus de 40. Il semble y avoir une iodysyncrasie pour cette fièvre. Elle récidive rarement.

A part ce cortège des *symptômes* communs à toutes les fièvres que celle-ci possède, je mentionnerai plus particulièrement la température que je diviserai en 4 périodes pour correspondre aux quatre semaines de sa durée. Durant la 1<sup>re</sup>, augmentation de température avec une différence généralement de 2 de moins le *matin* que le *soir* mais *un* en plus que le *soir* précédent, de manière qu'après le 1<sup>er</sup> septenaire on a 104° à 105° Fah.

J'insiste là-dessus, car c'est un des *traits caractéristiques* de la maladie. Durant le 2<sup>me</sup> septenaire la température varie peu, retenant environ le même maximum de la semaine précédente. Les variations du 3<sup>me</sup> septenaire sont rémittentes et celles du 4<sup>me</sup> intermittentes, et la moyenne dans les exacerbations est moindre. Les variations du pouls correspondent à celles de la température. Entre le 7<sup>me</sup> et le 8<sup>me</sup> jour apparaît l'éruption caractéristique (qui manque assez souvent) c'est alors que la céphalalgie disparaît et fait place à plus ou moins de somnolence et de délire, ce dernier est d'abord léger et surtout durant la nuit. Jour par jour le malade amaigrit et affaiblit, perd plus ou moins la conscience de ses actes et c'est alors que se développe entièrement l'état typhoïde : langue sèche et brune, pouls faible et fréquent, délire marmottant, stupeur, tremblement, soubresauts des tendons, évacuations involontaires et tous les signes d'une grande faiblesse. S'il y a amélioration, elle est lente et s'affirme surtout par la diminution de l'état fébrile. Il y en a qui parcourent toutes leurs périodes d'une manière très légère ; d'autres sont très graves du début à la fin ; d'autres enfin, très fortes au début et légères à la fin. La physionomie exprime l'hébétude. La langue blanche au début devient à la fin ou même quelquefois après la première semaine rouge sur les côtés et la pointe avec un sillon sec et brun sur le milieu.

Entre la 2<sup>me</sup> et 3<sup>me</sup> semaine, elle s'est enduite plus fortement, devenant de plus en plus brune et sèche avec fuliginosités aux gencives, aux dents, aux côtés de la bouche, et en quantité telle qu'elles forment des croûtes. La langue, les lèvres peuvent devenir fendillées et fissurées ; quelquefois elle devient lisse comme grattée avec une vitre, sans aucune papille apparente ; d'autres fois comme du bœuf desséché. On voit aussi des incrustations noires sur les lèvres, la langue, le palais et l'arrière bouche ; c'est généralement grave.

Quand la convalescence commence, c'est par la langue devenue humide à ses bords ; par la surface du corps se couvrant de moiteur, etc., etc., qu'elle s'affirme bien que très lentement.

Les *nausées*, les *vomissements* de la première semaine ne sont pas à beaucoup près aussi graves que ceux de la deuxième semaine ; car, tandis que les premiers n'indiquent que des troubles gastriques, les seconds sont l'expression d'une inflammation sous-aiguë de l'estomac ou d'une affection locale ou générale du péritoine. Le plus souvent la soif est très vive. La *diarrhée* est si commune que c'est presque un symptôme caractéristique ; sa couleur est celle de la soupe aux pois un peu brune, d'autres fois plus foncée comme celle de marc de café à réaction alcaline ; elle peut être présente dans toutes ses périodes, et aussi n'apparaître que vers la fin du second et pendant le troisième septenaire, étant alors plus abondante que lorsqu'elle existe dès le début. Une légère diarrhée durant la première semaine est plutôt un signe favorable que fâcheux. L'*hémorrhagie intestinale* a lieu environ une fois sur vingt et varie en quantité d'une à 18 onces. Les plus considérables sont dues à l'ouverture d'une artère dans quelque ulcère intestinal ; quelquefois elle est assez abondante pour causer la mort ; elle a lieu le plus souvent à la fin de la seconde ou pendant la troisième semaine. Un abaissement de 2 à 3 degrés dans la température avec une prostration l'indique quand même il n'apparaîtrait pas au dehors.

Nous constatons en outre des douleurs abdominales et de la sensibilité vers le sixième ou huitième jour, dans la fosse iliaque droite. La pression à cet endroit doit être faite avec la paume de la main et la contenance du malade indiquera le plus ou moins de douleur qui, si elle devient plus générale, devra faire craindre la perforation.

Un autre symptôme que nous devons signaler est la tympanite, survenant vers la seconde semaine ; quelquefois passagère, mais assez souvent durant tout le temps de la maladie. L'urine n'offre généralement qu'une plus grande rareté et une plus forte coloration ; il faudra toutefois s'assurer de son excrétion que les malades négligent souvent à leur détriment.

La céphalalgie persiste rarement après le premier septenaire. La somnolence est très fréquente et souvent dans les cas graves elle passe au coma. Le délire le plus souvent marmottant, quelquefois furieux, arrive vers le second septenaire, demande dans ce dernier cas surtout une surveillance incessante, et ne se termine souvent qu'à la convalescence, alors qu'un sommeil réparateur a lieu. La prostration musculaire et la paralysie se font surtout remarquer durant et vers la fin du troisième septenaire ; c'est alors que les selles et les urines sont

évacuées involontairement, que le malade glisse constamment au pied de son lit, ne peut se tourner de lui même dans son lit, articule ses mots très difficilement, et ne peut sortir que difficilement et en tremblant sa langue en dehors des arcades dentaires. Les tremblements musculaires allant même jusqu'aux convulsions sont quelquefois présents, surtout chez les enfants. La vue, l'ouïe sont aussi troublées. Il faudra à propos de cette dernière se rappeler que sa dureté est de meilleur augure que sa trop grande acuité. Le goût est perverti ; il peut y avoir hypéresthésie de la peau qu'il ne faudra pas confondre avec la péritonite. L'épistaxis qui a presque constamment lieu au début n'offre aucune gravité : il ne sera plus de même s'il a lieu plus tard et s'il est considérable. La température est un des symptômes les plus importants pour le diagnostic et le pronostic. Plus basse le matin elle est le plus élevée vers 6 heures le soir jusqu'à minuit. Du début de la maladie elle augmente puis se maintient à ce niveau maximum jusqu'au quatorzième jour. Dans la troisième semaine, il y a des rémissions qui deviennent de plus en plus marquées jusqu'à ce que durant la quatrième elle baisse de plus en plus et se rapproche de la normale.

Le pouls suit la température. De 90 à 100 et 110 durant le premier septénaire, il atteint 120 à 140 à la fin du second et durant le troisième. C'est alors que, eu égard à la faiblesse du cœur, il cesse son parallélisme avec la température pour devenir plus fréquent quand la chaleur diminue. C'est alors aussi qu'on le trouve souvent intermittent ou irrégulier. C'est dans ce cas que le premier bruit du cœur cesse d'être entendu et comme c'est une indication de grand danger, il faut stimuler, sinon le malade meurt. Si, au commencement de la seconde semaine, le pouls est chez un adulte à 120 et la température à 106° le résultat est bien douteux. Ce sont les deux signes les plus importants : pouls et température. Comme vous pouvez le voir par l'étude des divers symptômes, le diagnostic n'offre guère d'erreur possible. Le thermomètre clinique vous sera donc un précieux auxiliaire et je ne saurais trop vous recommander son usage et pour le diagnostic et pour le pronostic, comme j'aurai occasion de vous le rappeler pour ce dernier. La mort peut survenir pendant toutes les périodes de cette fièvre. Tant que la tympanite, la diarrhée abondante et autres symptômes abdominaux n'ont pas cessé, il y a danger. En outre des complications, la durée, le type et l'intensité du mouvement fébrile ont plus à faire que tous les autres éléments pour déterminer le pronostic.

L'élévation de la température, le huitième jour, détermine celle qu'on doit attendre le lendemain. Si c'est à 104° ou 105° Fah. et régu-

lier dans son développement, le pronostic est bon. Une haute température prolongée (au-dessus de 105°) après la première semaine, rend le pronostic dangereux. Une variation brusque de température du soir au matin est un mauvais signe. Si le pouls est plein et régulier à 110 ou 115 ; si l'impulsion est bonne ; si on entend le premier bruit du cœur, c'est bon, même si la température est à 106° à la fin de la seconde semaine. C'est plus son irrégularité que sa fréquence qui est à craindre. Les porteurs d'affections chroniques, les goutteux, les obèses, les ivrognes ont plus à en redouter les conséquences. Après 40 ans c'est toujours plus grave ; mais je dois vous mettre en garde contre le pessimisme de certains médecins qui déclarent imprudemment, à mon avis, que le rétablissement est impossible après cet âge. Mon expérience ne s'accorde pas là-dessus avec la leur ; et si vous alliez les prendre pour guides vous feriez de la médecine expectante, uniquement parce que le malade a plus de 40 ans, et que, parce qu'il a une fièvre typhoïde confirmée, il doit succomber. Faites-le d'une manière intelligente et vous vous convaincrez par vous-mêmes de la sagesse du conseil que j'oppose énergiquement à leur opinion à ce sujet. L'état puerpéral ajoute beaucoup au danger.

La perforation intestinale est le plus souvent mortelle. Les complications de la fièvre typhoïde sont : la bronchite, la pneumonie, la pleurésie, la laryngite, la gastrite aigüe, la pyémie, les plaies de lit, dont les malades, non-seulement souffrent beaucoup, et qui, même, peuvent causer la mort par l'épuisement ainsi que par la septicémie. La durée est de 3 à 4 semaines.

On ne prononcera la convalescence commencée que si la température demeure normale durant 2 matins de suite. La terminaison de la maladie comme son commencement est graduelle. Il y a assez souvent des rechûtes que les erreurs de régime ou de diète provoquent presque toujours. Leur cours correspond à celui de la première attaque mais il est moins bon. Un des points les plus importants de cette étude est de se rappeler que la mort peut survenir par *ataxie* ou par *adynamie*.

J'ai attendu à dessein d'être rendu au "*traitement*" pour vous dire combien il importe de bien étudier *sur chaque malade*, laquelle de l'*ataxie* ou de l'*adynamie* le menace le plus. Si vous savez bien vous convaincre de ce point important, vous verrez que l'expression énergique de Grisolle, qui qualifie la fièvre typhoïde : "*l'opprobre de l'art*" est quelque peu hardie et pas toujours très juste. La mort commence donc au cerveau et au cœur ; si c'est au premier, l'*ataxie* se révèle bientôt, et combien déplorable serait l'erreur de stimuler un organe qui requiert l'effet bienfaisant du chloral ; tandis que si c'est au cœur,

les stimulants de bonne heure qui seraient si fatals dans l'ataxie, sont indispensables pour prévenir l'adynamie et les troubles circulatoires dus à la décomposition prompte des fluides vitaux imprégnés de virus tendant à la putridité. Voilà à mon avis les deux points les plus importants à déterminer. Autour de cette *unité* de rigueur, je placerais, comme l'ont dit du reste tous les pathologistes qui ont écrit sur ce sujet, les autres moyens thérapeutiques qu'il importe de ne pas négliger. A l'exemple de Sir Thomas Watson, disons qu'on ne peut pas plus espérer de faire avorter une fièvre typhoïde que ne peut espérer de conjurer la tempête le capitaine d'un navire qui, la voyant venir, irait à l'avant de son vaisseau et lui ordonnerait au grain ou point noir à l'horizon de se dissiper. Si toute la sollicitude de ce dernier doit consister dans le ploïement des voiles et à tout disposer sur son navire de telle manière que la tempête passe sans le faire trop souffrir, le médecin saura donner toute son attention aux diverses sécrétions, à corriger l'excessive température, à veiller à la nutrition et à combattre le poison typhoïde chez son malade.

Partant du principe que le poison réside surtout dans les excréments, la première indication qui s'impose est de le détruire aussitôt après sa sortie du corps. On devra les désinfecter en mettant une couche de sulfate de fer pulvérisé dans le fond du vase et aussitôt après que les selles y seront verser (environ  $\frac{1}{4}$  ou  $\frac{1}{3}$  de la quantité totale) de l'acide muriatique ; mais au lieu de confier ces selles aux privés ordinaires, le mieux est de les enterrer, évitant de faire ces fosses près d'une source ou d'un puits, par crainte de l'infiltration. Toutes les hardes ou linges souillés par les excréments doivent être bouillis dans l'eau contenant un peu de chlorure de chaux et cela nécessairement dans les 24 heures. De cette manière on évitera la propagation de la maladie ; attention aux tuyaux d'égouts, etc., etc. Les désinfectants doivent être constamment tenus dans les maisons et la ventilation doit être parfaite. La quinine même à haute dose n'a pas prouvé être la prophylactique qu'on avait espéré. Une fois le poison entré dans la constitution, il faut le traitement médical. La disposition de la chambre du malade est d'une extrême importance. 1<sup>o</sup> Placez le malade dans une chambre bien aérée et bien ventilée. 2<sup>o</sup> Ayez un employé bien qualifié. 3<sup>o</sup> Enlevez tous les tapis et rideaux, etc., et mettez le lit au centre de la chambre. 4<sup>o</sup> Tenez la température à 60<sup>o</sup> Fah. 5<sup>o</sup> Changez les draps, etc., tous les jours et faites-les laver au chlorure de chaux ou de soude, après quelques jours, s'il n'y a pas eu de selles qui les ont souillés, et chaque fois qu'ils l'auront été. 6<sup>o</sup> L'appartement sera tenu sans bruit, sans trop de clarté et moins de monde que possible. Dans la forme bénigne on peut se dispenser



de traitement médical ; la diète seule et le repos. Le lait étant un aliment complet convient très bien ; mais jamais de fruits.

Un des points les plus importants du traitement est de réduire la température. L'eau froide en ablutions et la quinine à hautes doses sont les deux moyens par excellence. C'est ce qu'on appelle le traitement antipyrétique. Voici pour l'eau froide comment on doit se guider : Aussitôt que la température axillaire, le soir, s'élève au-dessus de 103° le malade est placé dans un bain de 70° ou 80° Fah., qu'on refroidit ensuite avec de l'eau plus froide, ou un peu de glace jusqu'à 60°. Aussitôt que la température du malade commence à tomber on doit appliquer le thermomètre dans le rectum et l'examiner toutes les 2 ou 3 minutes. S'il baisse rapidement — soit 2 ou 3° en 5 ou 6 minutes, quand il sera à 103° retirez votre malade du bain, s'il baisse lentement, laissez l'y jusqu'à ce qu'il soit à 101° — puis remettez le malade immédiatement au lit. Il n'est jamais prudent de laisser le malade au bain jusqu'à ce qu'il ait atteint la chaleur normale, parce qu'il peut tomber dans le collapse, vù que la température continuera de baisser après sa sortie du bain. On devra appliquer l'eau avec une éponge sur la tête pendant le bain.

Mais si le malade est trop faible pour être dérangé, ce qui est souvent le cas, ou si, ce qui vous arrivera plus souvent encore, les intérêts s'opposent au bain, il vous reste un moyen qui, bien que moins efficace, est encore très utile. Trempez un drap dans de l'eau tiède, enveloppez-en votre malade, et par-dessus le premier mettez-en un autre trempé dans l'eau froide ; changez ce dernier aussitôt qu'il sera devenu chaud et ainsi de suite jusqu'à ce que vous ayez réduit la température. Cela prend généralement 5 ou 6 heures pour revenir à la même température qu'avant l'application des draps trempés. Il faudra donc renouveler 3 ou 4 fois par 24 heures pour en avoir tout le bénéfice. Pourtant il ne serait pas sage de les continuer, si après 5 ou 6 applications il n'y avait pas d'abaissement de température. On ne devra jamais les employer après la seconde semaine, et les cas où la température ne se réduit pas sont graves. Si le malade, après la première application du froid est moins délirant, si sa respiration est plus aisée ; si l'action du cœur est plus régulière, s'il s'endort et s'il transpire, on peut être assuré de ses bons effets. Mais si le cœur est plus faible, si les joues sont rouge foncé, si la respiration est plus laborieuse, les extrémités froides, on peut être certain que quelle que soit sa température le froid ne peut être employé. La quinine à la dose de 30 à 40 grains en 2 heures, ou si l'estomac est trop irritable, 10 grains toutes les demi-heures, jusqu'à ce que la dose ci-dessus ait été prise, est très utile comme antipyrétique. Après 4 ou 6 heures la

température s'abaisse et 6 heures après elle est à son minimum et restera ainsi pendant 12 à 24 heures. On attend, pour reprendre la quinine, que la température se soit élevée à nouveau à 105° Fah. Ce remède n'est pas à craindre et ne donne que des troubles passagers. On réussit dans la généralité des cas et rarement on associe les bains à la quinine.  $\frac{1}{4}$  grain à  $\frac{1}{2}$  grain de poudre de digitale unie à la quinine ajoute beaucoup à l'efficacité de cette dernière. Si durant les deux premières semaines la température peut être tenue à 103° et même plus bas, on aura accompli probablement la chose la plus importante dans le traitement de cette maladie.

Les médecins se sont partagés en plusieurs camps relativement aux moyens à employer contre cette maladie. Les uns attendent tout de la médecine expectante, aidée des moyens hygiéniques les plus recommandables. D'autres veulent la méthode évacuante et comptent sur les laxatifs salins tous les deux jours, même en dépit d'une diarrhée déjà existante. Une troisième classe s'en tient à la médecine de symptômes.

Une quatrième, joint à cette dernière les parasitocides et croit devoir à l'acide surfureux des succès que plus d'une fois j'ai été à même de constater.

Le cadre de cette clinique ne me permet pas d'énumérer quantité d'autres moyens suggérés ; au reste, il y a dans ce que dessus, suffisamment pour vous convaincre que chaque cas doit être traité d'après l'intensité de la constitution morbide qui prévaut. D'après l'état du malade, tenant compte de la santé antérieure, de l'âge, du sexe, etc.

Qu'il y ait ataxie ou adynamie, l'acide sulfureux, que j'emploie presque toujours, est donné à la dose de 20 gouttes toutes les 4 heures, soit pendant que le chloral dans l'une ou les stimulants dans l'autre sont administrés. A propos de ces derniers (les stimulants) s'il y avait des doutes raisonnables sur l'à propos de leur emploi, mieux vaudrait s'en abstenir. Dans tous les cas il est important de veiller l'effet des premières doses : et si, dans leur effet, la langue devient plus sèche, le malade plus agité, le délire augmenté, la température plus élevée et le pouls plus fréquent, il est évident qu'il faut les discontinuer. Mais si le pouls devient plus plein, plus régulier, si le premier bruit du cœur est entendu plus distinctement, ou si, ayant été absent il reparaît, si l'agitation et le délire sont moins marqués, la langue plus humide, on doit les employer. Une fois commencés il faut qu'ils soient continués bien régulièrement, surtout la nuit. Conjointement avec l'usage des stimulants, l'électricité, sur la région précordiale, surtout lorsque le premier bruit du cœur est absent, a paru rendre d'excellents services. Pour compenser la perte des tissus, surtout le musculaire,

le lait est l'article par excellence. Le malade devra en prendre autant que les forces de l'estomac lui permettront d'en digérer. L'eau de chaux peut lui être combinée.

Contre l'état lisse de la langue dont j'ai parlé il y a un instant, je vous recommande fortement, d'après Wood, et je m'en suis très bien trouvé, l'esprit de térébenthine, 6 à 10 gouttes toutes les 4 heures, conjointement avec l'acide sulfureux.

Je crois devoir vous mentionner certains accidents ou complications de cette maladie afin de vous aider à les combattre si ce dont je ne doute nullement, vous en rencontrez quelques-uns dans votre pratique.

*Diarrhée.* — Au début c'est-à-dire durant les deux premières semaines, à moins qu'elle soit excessive — ne donnez rien. — Passé ce temps, c'est autre chose. L'opium est ce qu'il y a de mieux et bien supérieur aux astringents, mais à petites doses.

*Tympanite.* — Les applications de térébenthine sur l'abdomen. —

L'hémorragie intestinale quelquefois due au fait que le malade se levait souvent de son lit ne demande pas de traitement au début ; mais plus tard l'opium à petites doses fréquemment répétées avec application une vessie de glace sur l'abdomen. On doit recommander au malade le repos le plus absolu et dût l'opium être continué pendant 8 ou 10 jours, il est de beaucoup préférable aux astringents.

*Bronchite.* — Si capillaire, ventouses sèches sur la poitrine, carbonate d'ammoniaque, inhalation de vapeur, etc.

*Pneumonie.* — Elle est généralement lobulaire ; il faut des stimulants et s'ils sont déjà employés les augmenter. Changez la position des malades souvent, pour empêcher les congestions hypostatiques.

*Laryngite.* — Appliquez une vésication à chaque angle de la mâchoire et appliquez un large cataplasme chaud sur le cou ; s'il y a menace de suffocation, faire la trachéotomie.

*Gastrite sous-aiguë.* — Repos de l'estomac, quelques cuillerées de lait et d'eau chaude — opium — applications chaudes sur l'épigastre, etc., puis vésicatoires.

*Plaies de lit.* — Complication des plus intraitables et qui, outre qu'elles sont toutes à guérir, peuvent mettre les jours en danger, comme je vous l'ai dit déjà. Pour les prévenir, bassinez fréquemment les endroits menacés avec l'alcool camphré et soulagez le plus possible ces parties des effets de la compression. Si la peau est ouverte, lotion faible d'acide carbolique, puis baume du Pérou ou de Turlington, le tout couvert d'un linge enduit de vaseline. Des escarrhes peuvent se former, c'est alors qu'il faut employer les cataplasmes antiputrides (charbon, quinquina, etc.)

*Constipation.* — Bien que plus rare que la diarrhée elle existe néanmoins quelques fois.

Les plus doux évacuants sont ceux qui devront être employés de préférence. Il y a dans cette maladie une forte disposition aux évacuations intestinales et bien que la constipation puisse à un moment exister, il faut se rappeler que la dose laxative, eu égard à ce que dessus, doit toujours être très faible. De plus je ferai observer que d'après mon expérience les cas avec constipation sont de beaucoup plus controlables et m'ont en général donné beaucoup plus de satisfaction que les autres où l'état contraire des intestins existait.

Il y a aussi certains phénomènes nerveux, tels que céphalalgie, délire, etc., contre lesquels le chloral, le bromure de potassium, font très bien et même l'opium à petites doses si la pupille n'est pas contractée. Mais les premiers sont préférables. Dans le cas d'insuccès, les inspirations de nitrite d'amyle 5 ou 6 gouttes sur un mouchoir qu'on respire comme les parfums m'ont donné satisfaction. Quand les anodins ne donnent pas l'effet désiré, on peut essayer les stimulants. Contre l'agitation, soubresauts des tendons, tremblements, etc., les injections hypodermiques d'éther sulfurique (31 à la fois) et fréquemment répété en divers endroits.

*Convalescence.* — Il faut continuer l'attention au régime durant la convalescence. Généralement on se relâche trop vite des soins attentifs qu'on a donnés au plus fort de la maladie et beaucoup succombent, faute d'attention, au régime. Quand la langue est devenue humide, que la température s'est approchée de l'état normal, on ajoutera au lait la crème, un jaune d'œuf, etc... Il faut se mettre en garde contre l'appétit quelquefois vorace des convalescents et se rappeler que le suc gastrique, l'état des intestins récemment ulcérés ne peuvent donner l'assimilation et la digestion complète de l'état de santé. Tout exercice, excepté quelque peu dans la chambre doit être défendu. Les amers et les acides minéraux à petites doses seront utiles. J'ai insisté un peu longuement, mais j'ai lieu de croire que lorsque vous vous trouverez avec des typhoïdes vous ne trouverez pas trop longue ces observations et vous y recourrez avec profit.

## COMMUNICATION

Mon cher Docteur Noir.

Depuis longtemps vous m'avez demandé une communication sur un sujet quelconque. Aujourd'hui je vais vous rapporter un cas qui, par sa rareté dans nos campagnes, intéressera, j'espère, vos lecteurs.

Le 17 juin 1887, je fus demandé pour Philomène F., servante, âgée de 38 ans. Je trouvai la malade assise, la figure enrougie, les narines sèches, la voix quelque peu traînante, les yeux larmoyants. Elle avait toujours joui d'une excellente santé. Depuis sept à huit jours elle souffrait d'un mal de tête frontal, qui avait commencé en même temps qu'une douleur dans la gorge. Celle-ci était rouge, tuméfiée, et la déglutition était gênée. La tuméfaction occupait tout le fond de la gorge ; la langue était sèche et couverte d'un épais enduit jaunâtre ; la malade la tirait avec difficulté. Une légère toux se manifestait ; des crachats épais, jaunâtres étaient expectorés difficilement : l'appétit était nul, la soif modérée. Il y avait eu quelques nausées. Depuis quatre jours il n'y avait pas eu de selles ; l'urine en petite quantité était rouge et tachait le fond du pot ; il y avait plutôt un malaise qu'une douleur véritable dans les reins. Le thorax ne présentait rien d'insolite : le ventre était indolore ; sans tympanite. Il y avait insomnie presque complète ; le pouls battait à 100. La malade avait pu cependant passer les journées antérieures debout, et vaquer à ses occupations. Son mal de tête, et surtout son mal de gorge empirant, elle s'était crue atteinte de la diphthérie, et m'avait envoyé chercher. Elle avait une crainte folle de cette maladie, et cependant elle ne parut pas beaucoup rassurée, lorsque je lui dis que c'était la fièvre typhoïde, ou un embarras gastrique ; et j'ordonnai une dose d'Ipeca.

Je ne revis ma malade que trois jours après. Elle n'avait eu que trois vomissements et une selle naturelle, m'a-t-elle dit. Son mal de tête était encore augmenté. Il en était de même de tous les autres symptômes, excepté la tuméfaction de la gorge qui était un peu diminuée. Le pouls était à 110. Alors plus de doute, c'était bien un cas de fièvre typhoïde.

Cependant le ventre était indolore encore, pas de gargouillement dans la fosse iliaque droite, pas de taches rosées. J'ordonnai un purgatif et les acides.

Le 23, autre visite à ma malade : le purgatif n'avait déterminé qu'une selle ; même état qu'auparavant : nouveau purgatif, et les préparations iodées.

Le 25, je revois la malade : elle a eu trois selles ; le mal de tête est moins fort, la gorge moins tuméfiée ; le ventre continue à être indolore ; l'urine toujours modique et très rouge, la malade mange plus, sans avoir plus d'appétit ; la langue paraît plus épaisse et veut brunir ; l'haleine est fétide, le pouls faiblit : même préparations iodées auxquelles je fais ajouter du vin, un laxatif. La malade est agitée, inquiète, cependant elle passe une partie de ses journées assise sur une chaise. Elle se fait alors transporter chez ses parents, qui habitaient une petite maison encombrée de personnes, mais d'une propreté irréprochable.

Le 27, je remarque que le cou est farci de petites taches rouges, qui ont le diamètre d'un petit grain de plomb à tirer et qui ne disparaissent pas sous la pression, l'haleine est insupportable, les dents sont couvertes de fuliginosités, la langue est noirâtre, le pouls est à 125. La malade a mangé suffisamment pourtant, mais sans goût ; la constipation continue, urines rares et très rouges, ventre toujours indolore. Me suis-je donc trompé sur le diagnostic ? N'est-ce pas plutôt le typhus qu'une fièvre typhoïde ? j'ordonne le brandy, les préparations de quinquina.

Le 28, même haleine fétide, mêmes taches rouges sur le cou, mais un peu plus pâles ; de plus deux ecchymoses en dedans de la lèvre inférieure, qui est tuméfiée : l'ecchymose de gauche, de la grandeur d'un centin, dont le centre paraissait avoir une épaisseur de trois lignes, et celle de droite environ moitié plus petite : pouls à 135. Continuation des excitants.

Le 29, aggravation des symptômes généraux, rêvasseries. Les taches rouges sur le cou tirent sur le jaune. On dirait que les ecchymoses veulent se sphacéler, cependant la malade se lève encore, quoique difficilement. Elle a aussi plus de difficulté pour avaler.

Le lendemain on vint me dire que la malade était morte du matin, assise dans sa chaise, sans agonie : seulement deux soupirs, et la vie s'en était allée. En l'ensevelissant, ils avaient remarqué des taches noires sur les jambes.

Ai-je donc eu un véritable cas de typhus ? je le crois. Les symptômes, du commencement à la fin, sont bien ceux du typhus décrit par les auteurs. N'en ayant jamais rencontré dans près de vingt-deux années de pratique, et Philomène F. se trouvant dans des conditions qui semblaient exclure toute cause de production de cette maladie (avant son transport chez ses parents, elle habitait, avec deux personnes, une maison vaste et bien aérée), d'un autre côté, la fréquence de ces cas isolés de fièvre typhoïde m'avait induit en erreur.

Mais, dira-t-on, le typhus peut s'être déclaré seulement après que

la malade fut rendue chez ses parents. Alors quelle était sa première maladie ? une fièvre typhoïde, mais les signes caractéristiques de la fièvre typhoïde manquent : au contraire, tous les symptômes s'accordent avec la description que les auteurs donnent du typhus.

Mais comment Philomène F. a-t-elle pris cette maladie ? On ne peut invoquer l'encombrement, trois personnes seulement dans une maison grande et bien aérée, ni la misère, elle avait une nourriture confortable et une besogne légère.

Je regrette beaucoup de n'avoir pu faire l'autopsie, mais vous savez, mon cher Docteur Noir, que dans nos campagnes, il n'est pas facile, pour me servir d'une expression vulgaire, de *débiter* les corps.

Veuillez agréer etc.,

Dr J. LIPPÉ.

St-Ambroise de Kildare, 27 nov. 1888.

---

## DES POLYPES DE L'OREILLE.

Communication faite à la Société de Médecine Pratique de Montréal,  
par le docteur A. J. B. ROLLAND.

Les polypes de l'oreille sont des productions morbides bénignes. Ils naissent soit sur les parois du conduit, soit sur le tympan, soit, et c'est ce qui arrive le plus fréquemment, sur la muqueuse de la caisse. Ils sont généralement accompagnés de suppuration. On a déjà vu des polypes naître dans la caisse sans qu'il y eut suppuration, ni même perforation du tympan, grossir et passer à travers le tympan après l'avoir perforé. Le volume et la forme peuvent varier à l'infini. Les uns sont petits, tandis que d'autres peuvent remplir tout le conduit et même en sortir. Nous en rencontrons qui sont sphériques. D'autres sont pyriformes ou ovoïdes, lisses ou framboisés. Certaine tumeur a la forme d'une grappe. Elle est composée de plusieurs petits polypes qui s'attachent sous un même pédicule. La couleur varie du rose pâle au rouge foncé. Ils prennent une teinte blanchâtre, un aspect cutané s'ils franchissent le méat.

Histologiquement parlant on peut dire qu'il y a des polypes muqueux, des polypes fibreux et des myxomes. Les muqueux sont les plus communs ; les myxomes sont très rares. Tous ceux que j'ai rencontrés jusqu'à présent étaient muqueux. Certains polypes sont très vasculaires, par conséquent saignent facilement, tandis que d'autres ne saignent presque pas.

Pendant un écoulement purulent de la caisse, nous voyons parfois la muqueuse devenir granuleuse. Souvent une de ces granulations croît plus activement que les autres et elle donne naissance à un polype.

Le point d'implantation d'un polype peut se trouver sur un endroit quelconque de la caisse du tympan ou du conduit. Le pédicule peut être filiforme, plus ou moins large. Il peut s'insérer sur un point carié, nécrosé. Dans quelques cas rares, le point d'implantation se trouvait dans les cellules mastoïdiennes, et le polype faisait saillie dans le conduit après en avoir perforé la paroi osseuse. On a vu certains polypes qui, au lieu de s'engager dans le conduit, se sont portés vers la trompe d'Eustache et sont tombés dans le pharynx.

Presque toujours, lorsque nous examinons une oreille où il y a un polype, nous voyons du pus dans le conduit. Il est fétide, souvent sanguinolent. Après avoir enlevé ce pus soit par des injections d'eau tiède, soit avec du coton absorbant, nous constatons l'existence d'une tumeur d'un rouge foncé ou pâle, lisse ou framboisée et dont le volume est variable suivant les cas. Avec un stylet nous pouvons nous assurer qu'elle est mobile, peu ou pas douloureuse et qu'elle saigne facilement si nous pressons dessus. Le stylet manié avec délicatesse sert à reconnaître le point d'implantation. Si le patient vous dit que son oreille donne du sang, on peut présumer qu'il y a un polype ou au moins des granulations.

L'ouïe qui est diminuée, peut manquer si le polype bouche complètement le conduit. Par la pression qu'il exerce, il peut amener des bourdonnements ou les augmenter s'ils existent déjà. Par la même cause, il peut aussi augmenter la surdité, provoquer des douleurs névralgiques, des vertiges, des vomissements. S'il empêche l'écoulement du pus au dehors, la matière purulente peut être la cause d'une inflammation des cellules mastoïdiennes, du cerveau, du cervelet, des méninges, d'une paralysie faciale, d'une ulcération de la carotide interne, de la jugulaire, et par suite d'une hémorrhagie fatale. Nous pouvons aussi avoir une phlébite ou une thrombose des sinus ou de la jugulaire.

Le polype pourrait être confondu avec une tuméfaction du tympan, une hypertrophie de la muqueuse de la caisse. Avec le stylet il sera possible de voir qu'il n'y a pas de polype, et les astringents qui n'agissent pas sur le polype, feront disparaître la lésion. Le cancer est rare ; il saigne facilement, provoque de vives douleurs, est ulcéré. Les ganglions péri-auriculaires sont engorgés, l'état cachectique ne tarde pas à se montrer. Si on enlève la tumeur, elle revient rapidement. Dans le doute, le microscope éclaircira la diagnostic.

Le polype entretient l'otorrhée, et l'otorrhée le fait récidiver. Il



faut donc enlever le polype pour guérir l'écoulement, et guérir l'écoulement si on ne veut pas que le polype revienne. Son pronostic n'est pas favorable puisqu'il peut causer des accidents mortels.

Le polype peut récidiver facilement si on ne le détruit pas complètement. Il peut quelquefois s'éliminer spontanément par ulcération, sphacèle ou destruction du pédicule par macération dans le pus. On en a vu qui se sont atrophiés, calcifiés ou ossifiés. Si le pédicule est long et mince, il peut se briser et laisser tomber le polype.

Leur développement est tantôt lent, tantôt rapide. Quelquefois ils sont stationnaires.

Le traitement consiste à détruire ou à enlever le polype. Quand la tumeur est petite, qu'il n'y a que des granulations, les caustiques liquides ou solides rendent de bons services. Le nitrate d'argent en solution, en crayon ou fondu sur un stylet est employé, mais son action est lente. Une solution concentrée ou un crayon de chlorure de zinc se manient bien et amènent une destruction assez rapide. L'acide chromique est très puissant et rapide dans son action, mais il faut qu'il soit appliqué exactement sur l'endroit que nous voulons détruire, et qu'il ne touche pas aux tissus sains. Nous pouvons nous en servir en solution concentrée, en cristaux ou fondu sur un stylet. Pour appliquer les solutions nous pouvons nous servir d'un petit morceau de ouate enroulé sur un stylet. Les applications doivent toujours être faites à l'aide du spéculum et du miroir frontal. Le galvano-cautère est le plus puissant, le plus rapide, le moins douloureux de tous les moyens. Chez les personnes qui craindraient la douleur causée par les cautérisations, nous pouvons préalablement faire usage de la cocaïne. Il y a encore les instillations d'alcool absolu avec ou sans acide borique qui agissent bien en amenant la dessiccation du polype.

Si les moyens que je viens d'indiquer ne réussissent pas ou si le polype est volumineux ou fibreux, il vaut mieux avoir recours à un procédé opératoire. Le curettage est utile pour détruire le pédicule, certains petits polypes et les granulations. On a imaginé diverses pinces avec lesquelles on peut arracher les polypes. Généralement parlant, ce mode opératoire est dangereux, car avec le polype, nous pouvons arracher le tympan, les osselets, la membrane de la fenêtre ovale ou celle de la fenêtre ronde. Si le polype était attaché à un séquestre, il pourrait être arraché avec lui et amener un écoulement du liquide labyrinthique, dans les cas où ce séquestre viendrait de la paroi interne de la caisse, car alors il pourrait rester une perforation dans cette paroi. La ligature au moyen du polypotome ou serre-nœud de Wilde ou de Blake est utile lorsque la tumeur est fibreuse. Le procédé le plus employé est l'excision du polype au moyen du polypotome. Après

avoir enlevé le polype, il faut détruire le pédicule par les caustiques, l'alcool absolu, le curetage ou le galvano-cautère. Si le pédicule est long, mince, une injection poussée avec force peut détacher le polype. Dans un cas, cette méthode m'a bien servi.

Afin de me conformer à l'esprit de cette Société, qui veut que les travaux qu'elle fait soient surtout pratiques, vous me permettrez de rapporter une observation prise dans ma pratique privée et de vous montrer deux pièces pathologiques.

Le patient est un homme âgé de 24 ans, cultivateur dans l'état du Minnesota. Son père est mort de la fièvre typhoïde, sa mère de phtisie. Un de ses frères est probablement mort de phtisie. Les autres membres de la famille se portent bien. Un frère a cependant une maladie d'yeux. Le patient n'a fait que deux maladies sérieuses : fièvre typhoïde et pleurésie. Il me dit que vers l'âge de 6 ans il a eu la fièvre typhoïde, et qu'à la suite ses oreilles se sont mises à couler. A 14 ans, ses parents l'ont fait soigner. Il avait un polype dans chaque oreille et ils furent enlevés. Il a été traité pendant 3 mois. Au bout de 5 ou 6 mois, la maladie est revenue. Depuis lors jusqu'au jour où je l'ai vu (milieu de janvier 1888), le patient n'a jamais été traité. Un jeune étudiant me dit qu'il avait un cas à me faire voir, cas qu'il trouvait étrange. "Les deux oreilles coulent et il y a comme une espèce de tumeur qui sort de chaque oreille," me dit-il. Je vis le patient et je constatai l'existence d'un écoulement et d'un polype de chaque oreille. Une partie de la tumeur projetait au dehors du méat et avait un aspect cutané. Le conduit était tout-à-fait bouché par la tumeur. Le pus était fétide, la surdité considérable. J'enlevai avec le serre-nœud, en une seule séance, les deux polypes. L'ouïe s'améliora de suite. Pendant les jours qui suivirent l'opération, je fis seringuer les oreilles avec une solution saturée d'acide borique et prescrivis des des instillations d'alcool boriqué. De temps en temps je curetais. Trois semaines s'écoulèrent et tout allait bien. Un jour, le patient vient me voir. Je curette. Alors il se déclare une hémorragie violente de l'oreille gauche. Je me souviendrai longtemps des inquiétudes qui sont venu m'assaillir. La carotide est-elle lésée? Vais-je voir mon patient succomber? Ce n'était pas amusant, je vous l'avoue. Le cocaïne, qui est un bon hémostatique, ne fut d'aucun service, et ce ne fut que le tamponnement avec de la ouate trempée dans une solution de perchlorure de fer qui eut raison du sang. Je renvoie mon patient avec des gouttes au perchlorure de fer et je lui donne toutes les instructions possibles. Je fus plusieurs jours sans oser curetter. Enfin, je recommence : je curette, je cautérise avec le chlorure de zinc en solution saturée, le perchlorure de fer, l'acide chromique et le galvano-

cautère, j'arrache quelques morceaux avec la pince. La paroi interne de la caisse est cariée à plusieurs endroits. Le galvano-cautère ne fut pas employé longtemps à cause des douleurs qu'il causait. Après plusieurs mois, j'ai la satisfaction de voir les deux oreilles moyennes recouvertes d'une muqueuse lisse, rose et donnant lieu qu'à un écoulement très léger. L'ouïe est passable quoique les tympans n'existent plus et que les marteaux et les enclumes manquent. Je prescrivis la poudre d'acide borique contre l'écoulement. En juillet, le patient retourne chez lui avec un léger suintement des caisses. Je suis convaincu que la maladie ne demandait que quelques jours pour guérir complètement. L'oreille gauche a toujours donné plus de matière que la droite. Au commencement de septembre, mon patient m'écrivit que ses oreilles coulaient encore, puis il ajoutait qu'en arrivant chez lui il avait pris une inflammation d'intestins, que depuis il avait toujours la diarrhée et qu'il était très faible. Dans ces conditions, il n'y a rien d'étonnant dans le fait que ses oreilles coulaient encore lorsqu'il m'a écrit.

---

## CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HÔTEL-DIEU

M. le professeur HINGSTON.

---

### **Atrésie vaginale.**

---

Messieurs,

Il est rare que des cas d'atrésie vaginale puissent être présentés devant vous ; cependant il s'en rencontre de temps à autres, même, les plus anciens parmi vous ont eu l'avantage d'en observer. Vu que vous êtes exposés à rencontrer de ces cas dans votre pratique privée, il est de mon devoir de vous entretenir quelques instants sur cette affection.

Le terme " Atrésie " devrait être réserve pour les cas d'absence plus ou moins complète de l'organe, ou d'agglutination de ses parois qui les unit entre elles d'une manière plus ou moins intime, de telle sorte qu'elles n'en constituent plus qu'une seule. C'est à tort qu'on a employé ce terme pour désigner tous les vices de conformation congénitaux ou acquis dans lesquels le calibre du vagin est au-dessous

de la normale. On a même été jusqu'à considérer comme atrésie des cas d'imperforation de l'hymen, ou de double membrane obstruant l'orifice externe du vagin.

L'apparence des organes génitaux externes ne saurait nous conduire à la connaissance de l'état des organes internes : quelquefois il y a absence congénitale du vagin et de l'utérus avec un parfait développement des organes génitaux externes et des glandes mammaires ; d'autres fois l'utérus et ses annexes sont dans une condition normale sans qu'il n'y ait aucune preuve extérieure de leur existence.

Comme le degré et le mode d'atrésie peuvent varier à l'infini, de même il y a des degrés et des nuances infinis dans les incommodités ; les souffrances et les dangers qu'entraîne cette affection. Tous ces inconvénients varient encore avec certains âges et certaines périodes, et ils sont loin d'être en raison directe du degré d'obstruction. Des femmes s'aperçoivent de leur condition anormale à l'âge de puberté, sinon avant, tandis que d'autres traversent paisiblement leur vie de vierge, et même leur vie d'épouse sans soupçonner leur défaut de conformation. Ce dernier cas s'observe surtout quand le liquide menstruel peut s'échapper par l'utérus.

Les causes de l'atrésie sont variées : défaut de développement, occlusion accidentelle par excoriation de la membrane interne des lèvres, vaginite, rapprochements sexuels prématurés, trop violents ou trop souvent répétés, lésions traumatiques, etc.

En présence d'un cas d'atrésie vaginale, le chirurgien doit considérer avec soin les circonstances et les difficultés avant de se décider à faire une opération. Dans quelques cas l'opération peut être considérée comme n'offrant que peu de difficultés et de dangers ; dans d'autres, au contraire, elle offre des dangers et des difficultés bien plus considérables. En cherchant à tâtons, mon chemin vers l'utérus, à travers un canal de ma-création, j'ai plus d'une fois regretté de me voir chargé de déranger cet état de choses anormal. Les dangers d'une opération peuvent être très grands. La distention de l'utérus est une complication formidable, car les trompes de Fallope sont peu élastiques et elles peuvent s'enflammer facilement par la distension.

Il y a encore un autre point de vue sous lequel on ne doit pas manquer d'examiner la question. L'atrésie vaginale est un empêchement au mariage. La femme qui en souffre n'a pas le droit d'entrer dans l'état conjugal. Cette affection annule le mariage, ou plutôt le mariage est nul *ipso facto*, d'après le code chrétien, interprété convenablement ; et il ne l'est pas d'après ces codes pseudo-chrétiens, imaginés par des législatures qui annulent le mariage sous le plus léger prétexte, ou même sans prétexte du tout.

Une femme atteinte d'atrésie est obligée de faire connaître son défaut ; si, d'après le rapport de deux médecins, la consommation du mariage est impossible sans une opération, et si dans leur opinion l'opération met sa vie en danger, la femme est libre de s'y soumettre ou de s'y refuser, mais sur son refus, l'homme est libre de la laisser et d'en marier une autre. C'est le seul cas dans lequel le divorce est permis et dans lequel l'homme qui a divorcé a le droit de se remarier. Le code juif est également explicite sur ce sujet : d'après lui l'homme a une raison de divorcer dans le cas d'atrésie vaginale. Je ne m'arrêterai pas à rechercher ce que l'on dit à ce sujet dans les tribus sauvages ou chez les peuples civilisés qui leur ressemblent par leur manière d'apprécier les obligations du mariage.

Il est en conséquence du devoir des parents d'une fille atteinte d'atrésie, de l'empêcher d'entrer dans l'état du mariage, avant d'avoir fait disparaître ce vice de conformation. Si, ignorant son infirmité, elle y est déjà entrée, ils doivent y remédier ou reconnaître la nullité du contrat.

Avant de procéder à l'opération, il est bon d'avoir présent à l'esprit que l'organe sur lequel on va opérer n'est pas simplement un tube muqueux dans lequel on pourrait passer facilement les doigts ou un instrument mousse ; ni un tube parfaitement résistant dans lequel on pourrait travailler rudement avec impunité. C'est un canal musculo-membraneux susceptible d'une grande dilatation, et s'étendant de la vulve à l'utérus. De forme cylindrique, il est aplati d'en haut et d'en arrière ; à l'état normal ses parois sont en contact ; il est légèrement concave du côté qui fait face à la vessie et convexe du côté qui regarde le rectum ; la paroi antérieure est plus courte que la postérieure, la première mesure seulement quatre pouces, la dernière cinq et même six. Ses rapports sont importants ; les parties antérieures et supérieures sont couvertes par le péritoine dans leur moitié supérieure, et sont unies par du tissu cellulaire dense, la première avec la vessie, la dernière avec le rectum. Les régions latérales donnent insertion, en haut, aux ligaments larges, au muscle releveur de l'anus et au fascia recto-vésical. La cavité du vagin est cylindrique et se termine par le cul-de-sac circulaire et aux lèvres par le sphincter vaginal. Outre l'apparence ordinaire d'une membrane muqueuse, l'intérieur de l'organe présente des élévations et des replis nombreux, ayant l'aspect de ceux qu'on rencontre dans l'estomac. A la partie antérieure, immédiatement en arrière du tubercule uréthro-vaginal, commencent les colonnes antérieures qui diminuent graduellement et se perdent en se terminant en pointe ; les colonnes postérieures occupent une position analogue sur la paroi postérieure ; ces colonnes sont couvertes d'élé-

vations et de replis qui sont moins nombreux et moins proéminents dans la moitié inférieure du vagin. La membrane muqueuse du vagin est la continuation de celle de la vulve ; sa couleur, d'abord rouge, devient grisâtre ; sur sa partie supérieure on voit des petites taches livides donnant une couleur ardoisée à la muqueuse. Sa capacité varie avec les sujets, leur âge et leur condition. Son degré de sensibilité n'est pas le même chez toutes les femmes, chaque vagin a son individualité, comme chaque urètre chez l'homme, et l'opérateur ne doit jamais l'oublier.

L'opération consiste à faire une incision dans le cul-de-sac ou la poche, s'il en existe une, ou dans le périnée, à l'endroit où le vagin devrait être ; et, graduellement, en incisant, séparant ou déchirant on parvient à former une poche plus ou moins profonde ; on doit se servir du couteau le moins possible après avoir divisé le périnée. On continue l'opération avec une bougie rectale. Pour empêcher le nouveau canal de se refermer, on se sert d'une éponge comprimée, saturée de mucilage d'acacia, durcie et taillée convenablement pour cet usage.

Le couteau doit être employé le moins possible, et seulement quand il y a du tissu cellulaire dense qui ne peut être séparé autrement, je ne saurais trop insister sur ce sujet. C'est avec le couteau presque exclusivement que j'ai fait ma première opération et l'hémorragie a été alarmante. Les cas subséquents m'ont confirmé dans l'opinion qu'après l'incision du périnée, l'opération peut être continuée presque entièrement avec les doigts ou le manche du couteau. Quand le vagin existe mais que ses parois sont agglutinées, il est de la plus haute importance de faire le passage entre les parois et non pas en dehors d'elles (accident que je sais être arrivé sous les mains d'un chirurgien brillant mais un peu impatient). On a déjà pris la paroi antérieure du rectum pour la paroi postérieure du vagin et la paroi postérieure de la vessie pour la paroi antérieure du vagin. J'ai maintenant sous mes soins dans cet hôpital une dame qui a été victime d'une erreur de ce genre : le chirurgien a traversé la paroi antérieure du vagin et est arrivé dans la vessie. Il a pris la paroi postérieure de cet organe pour la paroi antérieure du vagin.

Doit-on tenter de se rendre à l'utérus dès la première séance, ou est-il plus prudent de se créer une voie graduellement ? Je ne puis vous donner de direction générale, mais je puis dire que la première méthode est préférable quand on peut la suivre sans danger.

Routh, de Londres, a formé le vagin et ouvert l'utérus en une seule séance. Emmet, de New-York, a fait le vagin, ouvert l'utérus, fait sortir le liquide menstruel retenu et lavé l'utérus à l'eau chaude en une seule séance.

Quand vous serez dans le doute et avec une personne de constitution délicate, n'entreprenez pas trop à la fois.

Quand on est rendu à l'utérus et qu'on le trouve imparfait, doit-on l'ouvrir de suite ou attendre qu'il soit gonflé par la rétention des menstrues? Richey et d'autres approuvent la dernière méthode; Emmet et ses partisans sont en faveur de la première. Je suis en faveur d'une opinion intermédiaire: complétez quand vous le pouvez dans une première séance tout de qui regarde le vagin; et après quelques temps, quand la permanence de ce canal est assurée, pénétrez dans l'utérus.

Un des dangers de l'opération est l'absorption de matière par le canal de nouvelle formation; pour éviter ce danger je préfère attendre qu'une muqueuse soit formée sur les parois de ce canal, avant de livrer passage aux liquides de l'utérus.

Il ne faut pas oublier que, même dans les cas de succès où l'utérus est revenu à l'état normal, les menstrues peuvent continuer à faire défaut.

Les difficultés qu'on rencontre pour empêcher le nouveau vagin de se refermer sont quelquefois plus grandes encore que celles qu'on a eues à le former. Ces difficultés se montrent surtout dans les cas qui sont le résultat d'inflammations des lèvres et du vagin, d'un travail prolongé ou dans lequel on s'est servi d'instruments; dans ceux où il y a des bandelettes membraneuses, résistantes, qui s'étendent tout le long du vagin ou qui le traversent; dans ceux encore où il s'est écoulé un long intervalle entre l'accident et la tentative de soulagement. Dans tous ces cas, le succès de l'opération est plus ou moins problématique. Dans les cas congénitaux, cependant, il y a une plus grande probabilité que la patiente pourra remplir les devoirs de la vie conjugale sans avoir à en souffrir.

Quand il est question de mariage après cette opération, il est bon de conseiller de le retarder jusqu'à ce que nous soyons moralement convaincus que le canal que nous avons formé persistera.

Dans le cas d'une femme mariée, avant d'opérer il faut bien s'assurer que la femme n'est pas enceinte, même dans les cas où la grossesse paraîtrait impossible. Plus d'une fois il est arrivé qu'on a entrepris une opération pour remédier à l'atésie, dans des cas où les parois vaginales étaient tellement agglutinées qu'il y avait beaucoup de difficultés à créer un passage et cependant on constatait que l'atésie était survenue depuis la conception. Vous devez vous tenir sur vos gardes afin d'éviter un tel accident. Dans ces cas, l'atésie, d'abord incomplète, devient complète après la fécondation.

Recueillis par E. E. LAURENT,

Médecin-interne à l'Hôtel-Dieu;

## DU TRAITEMENT DES FIBRÔMES UTÉRINS, PAR LA METHODE D'APOSTOLI (Electrolyse intra-utérine). (1)

Voici le résumé d'une lecture faite le 27 novembre, devant l'Académie de médecine, par le Dr *Delétang*, chargé du service d'électrothérapie des hôpitaux de Nantes.

Il a traité en tout 97 femmes depuis 1884 (époque où il a suivi pendant un certain temps la clinique du Dr *Apostoli*). Trente-deux d'entre elles lui ont été envoyées par des confrères qui ont pu contrôler eux-mêmes les résultats du traitement : Les D<sup>rs</sup> Heurtaux et Jonon, membres correspondants de l'Académie de médecine ; Poisson Chenantais, Malherbe, Ollive, professeurs à l'école de médecine de Nantes ; Bernaudeau, Ménager, Attimont et Gruget.

Il n'a employé que l'électrolyse intra-utérine, à l'exclusion de toute ponction, et seulement dans les cas de fibrômes interstitiels, éliminant ainsi les tumeurs fibro-kystiques et les fibrômes plus ou moins pédiculisés qui lui semblent peu justiciables de ce traitement.

Les effets immédiats de l'électrolyse intra-utérine consistent en :

A.— Une contraction en masse de l'utérus et des tumeurs au début de la séance ; contraction non constante.

B.— Une congestion de tous les organes intercalés dans le circuit ; cette congestion est à peu près constante et persiste ordinairement plusieurs heures avec accompagnement de coliques.

C.— Parfois la disparition brusque de l'hémorrhagie préexistante.

Les effets consécutifs se succèdent généralement dans l'ordre suivant :

1<sup>o</sup> Les hémorrhagies, après avoir présenté parfois une augmentation passagère disparaissent.

2<sup>o</sup> Les douleurs, les troubles fonctionnels s'amendent ensuite. Les phénomènes ne sont point en rapport avec le volume de la tumeur ; ils se rapportent bien plutôt à la zone inflammatoire qui entoure si souvent ces productions.

3<sup>o</sup> Enfin la masse diminue, mais, dans cette diminution, il importe de distinguer deux phases :

a.— La zone inflammatoire périphérique se résorbe ; le fibrôme mieux dégagé paraît plus petit et plus dur, mais sa rétraction n'est

---

(1) Nous ouvrons avec beaucoup de plaisir nos colonnes à notre correspondant spécial de Paris. Nos lecteurs apprécieront ce mouvement de progrès destiné à doubler l'intérêt de *La Gazette médicale de Montréal*. (Note de la Rédaction).



d'abord qu'apparente. C'est à cette résorption qu'il faut attribuer la segmentation des grosses masses et la mobilisation des fibrômes adhérents qu'on observe si fréquemment. A cette période les phénomènes morbides disparaissent et l'état général se relève. L'aggravation momentanée de tous les symptômes, assez fréquente au début du traitement, dépend de la congestion de la zone inflammatoire.

b.— Le fibrôme enfin se rétracte lui-même. Cet effet n'est pas constant.

Le courant électrique, on le voit, a bien plus d'influence sur la métrite et sur ses symptômes que sur le fibrôme lui-même ; mais cette constatation ne diminuera en rien la valeur de l'électrolyse.

Malgré la persistance d'une tumeur devenue très dure, et bien tolérée, les femmes se déclarent très souvent guéries, et rien n'empêche, en somme, de les considérer comme telles. Parfois il se produit une atrésie du canal cervical, atrésie qui, du reste, cède facilement à une dilatation graduée.

Le Dr *Delétang* s'est servi d'intensités modérées, 100 milliampères en général, quelquefois un peu plus dans les cas rebelles. La durée moyenne des séances a été de cinq minutes ; leur intervalle de cinq à six jours, ce qui a prolongé un peu les traitements. Toutes les précautions indiquées par le Dr *Apostoli*, antiseptiques et autres, ont toujours été scrupuleusement suivies.

Dans ces limites, l'électrolyse intra-utérine peut être considérée comme absolument sans danger. Sur plus de 1100 séances pratiquées sur 97 patientes, on a observé un seul accident, une phlegmasie sans suites.

Le Dr *Delétang* a simplement exposé le résultat de sa pratique. Il serait très disposé à croire que l'application de plus hautes intensités, telles que les emploie le Dr *Apostoli* aurait pu amener des effets encore meilleurs et surtout plus rapides.

Paris, 9 décembre, 1888.

---

## PATHOLOGIE SPECIALE

---

### La fièvre typhoïde et son étiologie.

M. Peter a fait sur ce sujet, à l'hôpital Necker, la leçon suivante :  
Je profiterai de la présence de plusieurs cas de fièvre typhoïde dans mes salles pour appeler votre attention sur certains points de cette affection, notamment sur son étiologie.

La première malade est une femme, couchée au N° 17, qui offre plusieurs particularités intéressantes : 1° son âge, quarante-huit ans, la fièvre typhoïde atteignant bien rarement les sujets parvenus à cette période de la vie ; 2° le fait qu'il s'agit d'une récidive, cette femme ayant eu déjà la fièvre typhoïde à dix-sept ans, alors qu'elle habitait le département de l'Aveyron ; et l'ayant eue assez grave pour garder le lit pendant cinq ou six semaines et avoir ensuite une très longue convalescence ; 3° son domicile dans une maison, vaste comme une caserne, comportant trois corps de logis, et où trois cas de fièvre typhoïde se sont développés presque simultanément, de façon à constituer une sorte de petite épidémie locale.

Il n'est point douteux pour moi qu'il y a eu là une véritable contamination par les matières fécales dans les conditions suivantes : cette femme habite au rez-de-chaussée d'un bâtiment comportant vingt-cinq locataires, non compris les enfants, et dépourvu de water-closets, les *commodités* étant au fond de la cour. De là, l'habitude des dits locataires de se servir de leurs vases de nuit et de les vider dans les réipients qui sont situés à chaque étage et débouchent dans le plomb fixé le long du mur, lequel conduit les matières dans le ruisseau qui coule au pied du corps de logis, sous les fenêtres même du logement habité par ma malade. C'est ainsi que cette femme était constamment exposée à respirer les émanations des matières fécales et autres de tout le bâtiment, c'est ainsi qu'elle a contracté la fièvre typhoïde.

Le fait nous est confirmé par la présence dans nos salles d'une autre malade, celle du lit N° 25, laquelle habite la même maison et le même corps de logis que le N° 17. La seule différence est qu'elle habite le premier étage au lieu du rez-de-chaussée, mais sa ou ses fenêtres ont la même exposition et, par suite, les mêmes émanations.

Bien plus, la malade du N° 17 a vu, trois jours après le début de son affection, sa jeune enfant — elle habite avec sa mère — frappée à son tour du même mal.

Voilà donc trois malades habitant un même bâtiment, deux au rez-de-chaussée, une au premier étage, prises presque simultanément du même mal ; il ne semble donc pas douteux dans ces cas-là que la contagion s'est faite par l'air respiré.

Notre malade du N° 17 a eu une fièvre typhoïde très légère, fruste même ; l'évolution, chez elle, a été bénigne, pas de ballonnement du ventre, pas de diarrhée, mais de la constipation. Il est vrai qu'une première atteinte, à l'âge de dix-sept ans, est probablement la cause de cette bénignité. Chez la malade, du N° 25, l'affection n'a pas eu une grande gravité, elle a cédé sans qu'il ait été nécessaire de recourir à un traitement énergique.

Cette petite épidémie locale me conduit à parler de l'étiologie de la fièvre typhoïde.

Il y a vingt-cinq ans, j'ai vu un examinateur, élève d'Andral, refuser un élève, à son examen, pour avoir dit que la fièvre typhoïde pouvait être contagieuse. Mais le temps, depuis lors, sont changes et l'on refuserait aujourd'hui l'élève qui soutiendrait la thèse contraire.

Aujourd'hui les esprits médicaux se divisent en spontanéistes, en contagionnistes et en spontanéo-contagionnistes. J'appartiens à ces derniers. Les contagionnistes se subdivisent à leur tour en contagionnistes absolus, qui soutiennent la contamination par les matières typhoïdiques, et les contagionnistes non absolus qui considèrent la contamination comme pouvant se produire aussi par des matières fécales quelconques. Cette dernière opinion me paraît être celle qui se rapproche le plus de la vérité.

Les contagionnistes absolus regardent la maladie comme résultant de l'introduction d'un bacille pathogène dans l'organisme, où il pullule et détermine tous les accidents de l'infection typhoïdique, soit par les matières fécales directes, soit par l'eau, soit par l'air respiré.

Les autres contagionnistes, d'accord avec Murchison, admettent que la fièvre typhoïde n'est pas la conséquence de la spontanéité, c'est-à-dire de la génération spontanée dans l'organisme, mais de l'introduction dans cet organisme de matières fécales quelconques, non fraîches, mais déjà putréfiées, fermentées.

Pour élucider cette question des contagionnistes absolus et des contagionnistes non absolus, je veux vous entretenir de ce qui se passa dans le camp du Pas-des-Lanciers, en 1885.

Il y a trois ans, certain ordre fut donné de diriger des troupes sur ce point, afin de les instruire et de les préparer à leur départ pour le Tonkin, qui devait avoir lieu au bout de quelque temps. Ces troupes, composant une division de près de neuf mille hommes, étaient formées par les 62<sup>e</sup>, 63<sup>e</sup> et 125<sup>e</sup> régiments de ligne, un régiment d'artillerie, du génie et le 47<sup>e</sup> de ligne.

Le camp fut divisé en deux parties : le camp nord et le camp sud. Le camp nord, quoique de beaucoup le plus restreint, comprenait le plus grand nombre d'hommes (5,000), c'est-à-dire les trois premiers régiments de ligne indiqués ci-dessus. Il était dans une sorte de dépression de terrain limitée, d'un côté, par le talus de la voie ferrée, et de l'autre par des falaises assez élevées.

Le camp sud ne comportait que 3,500 hommes, cependant il était le plus vaste et le plus aéré.

D'autre part, si chaque camp avait un certain nombre de fosses à ciel ouvert, remplaçant les water-closets pour les soldats, fosses que

l'on appelle les " feuillées," ainsi que des dépotoirs, dans le camp nord, les feuillées étaient disposées de telle sorte, que le vent dominant passait au-dessus d'elles avant d'atteindre les tentes des soldats, portant ainsi vers celles-ci les émanations des matières fécales. Il en était tout autrement pour le camp sud, dont les tentes recevaient, au contraire, un air pur non souillé par les dites émanations.

C'est ainsi qu'au bout de trois semaines, la fièvre typhoïde se développait au Pas-des-Lanciers, frappant 18 % du contingent du camp sud.

Était-ce là le fait de l'air ou de l'eau ? Dans le camp nord, la fontaine ou la source qui alimentait les hommes sortait de la falaise, mais elle était assez voisine des feuillées, de telle sorte qu'à la contamination par l'air pouvait aussi s'ajouter la contamination par l'eau, si tant est que celle-ci eût été souillée par les infiltrations fécales.

Enfin, nous devons admettre aussi dans l'étiologie une certaine prédisposition des hommes atteints, puisque 82 % restèrent indemnes, sur lesquels, en leur faisant la part large, nous estimons que 20 % des hommes avaient peut-être été déjà antérieurement atteints par la fièvre typhoïde.

Mais au point de vue des idées de Murchison et des miennes également, on comprend que la contamination par l'air est plus vraisemblable que par l'eau, la dissémination des matières fécales typhoïdiques par l'air ayant affecté plus principalement les hommes placés sous le vent venant des " feuillées " que ceux qui n'y étaient pas. C'est ainsi que la demeure du colonel, voisine non seulement des feuillées, mais aussi d'un dépotoir, fut plus particulièrement frappée. En effet, cet officier, ainsi que son ordonnance, furent atteints et succombèrent à la maladie, bien qu'ils fussent dans des conditions morales et hygiéniques — feuillées et dépotoirs exceptés — meilleures que les soldats. D'où il suit que des matières fécales quelconques, typhoïdiques ou non, ont pu être les éléments de la contamination.

Nous devons ajouter qu'avant son départ de Lorient pour le Pas-des-Lanciers, le 62<sup>e</sup> de ligne avait eu un certain nombre d'hommes atteints de la fièvre typhoïde et qu'à son arrivée au camp, trois soldats de ce même régiment, pris à leur tour, avaient été évacués, dans les vingt-quatre ou quarante-huit heures, sur Marseille, mais non sans que, pendant leur court séjour au camp, leurs matières fécales n'aient été déposées dans les feuillées.

Bref, les hommes de troupe du camp nord avaient donc été soumis à des influences diverses : l'encombrement, les émanations de matières fécales quelconques et celles des matières typhoïdiques. Or, dans un article paru sur le même sujet dans la *Gazette hebdomadaire*, l'au-

teur avait conclu à l'action de l'eau sur l'organisme. Pour moi, je crois à deux causes : les émanations de matières quelconques et de matières typhoïdiques, et leur introduction dans l'organisme par l'air et par les liquides.

Il y a plus, ne portons-nous pas dans notre propre organisme aussi des latrines, deux véritables dépotoirs ; le foie et les reins ? Or, pour peu que ces organes fonctionnent mal ou insuffisamment, les matières excrémentielles séjourneront dans notre organisme. au lieu d'en être éliminées, et donneront lieu, par suite, à une autotyphisation. Ces matières s'accumuleront en nous, soit par l'insuffisance du dépotoir, soit par l'augmentation des matières excrémentielles produites, c'est-à-dire par un défaut d'équilibre entre la production des matières oxydées et leur élimination. C'est ainsi que la production l'emportant — par suite, par exemple, de surmenage — sur l'élimination pendant un certain nombre de jours consécutifs, l'accumulation des produits oxydés dans l'organisme déterminera l'autotyphisation, comme cela a eu lieu pour les soldats du camp du Pas-des-Lanciers trois semaines après leur arrivée.

En résumé, il y a là une série morbide, dont les deux termes extrêmes ont été la fièvre de surmenage d'abord, la fièvre typhoïde ensuite.

D'ailleurs, si l'on consulte le rapport officiel de M. l'inspecteur général Didiot, chargé de l'enquête sur cette épidémie, qu'y trouve-t-on ? Vers le 21 mai, à la suite de pluies abondantes et d'un refroidissement de la température, nombre d'hommes furent atteints de diarrhée séreuse, débutant le matin, suivie de vomissements, de crampes, etc., ayant les apparences de la cholérine, accidents que l'on attribue au froid et à l'ingestion de l'eau, et qui cessèrent tout-à-fait sous l'influence d'un changement d'hygiène. Or, si, au lieu de se passer chez des Français, la chose avait eu lieu chez des Indiens, mal nourris, sous le ciel de l'Inde, nous aurions eu une épidémie de choléra.

Ici, les phénomènes morbides enrayés ont été remplacés au bout de quelques jours par des accidents d'embarras gastriques, avec fièvre, dépression générale, abattement et état typhoïde ; puis dès le 14 juin, les cas de fièvre typhoïde allaient en augmentant, la maladie s'étendant toujours dans la direction du vent qui passait sur les feuillées, c'est-à-dire de l'ouest vers l'est, montrant ainsi que la topographie du camp avait été l'un des facteurs de l'épidémie.

Le rapport officiel le reconnaît, ajoutant que l'on doit tenir compte aussi de l'âge des malades, du changement de milieu, de leur vie inaccoutumée sous la tente où rien n'avait été prévu de l'excès de travail et de l'insuffisance de la réparation par l'alimentation.

Il n'est nullement douteux que les questions d'hygiène jouent et doivent jouer un rôle prépondérant pour empêcher le développement des maladies infectieuses, d'hygiène externe et interne, et, pour cette dernière, le maintien de l'équilibre entre la production et l'élimination.

(*Gazette des hôpitaux*).

(*Courrier médical*).

## THERAPEUTIQUE MEDICALE.

---

Traitement de la diarrhée des tuberculeux par l'acide lactique et par l'iodoforme. —

La cocaïne en injections hypodermiques et ses accidents ; ses indications et ses contre-indications. — Injections hypodermiques d'eau salée, d'huile camphrée dans l'adynamie et l'affaiblissement du muscle cardiaque.

### **Traitement de la diarrhée des tuberculeux par l'acide lactique et par l'iodoforme.**

On connaît maintenant les effets de l'acide lactique dans la diarrhée des nourrissons ; on connaît aussi l'efficacité du même agent contre les ulcérations tuberculeuses de la langue (Blanc), la phthisie laryngée (Hering), les affections ulcéreuses de la peau de même nature dont nous avons parlé dans une de nos dernières revues. Par conséquent, il était indiqué pour une double raison d'essayer le même médicament contre les diarrhées souvent si rebelles des tuberculeux. J'ai moi-même, il y a six mois, employé l'acide lactique aux doses de 30 à 60 grains par jour, et j'avoue que le résultat a été presque nul. J'ai réussi quelquefois à modérer et même arrêter ces diarrhées par l'emploi de l'iodoforme aux doses de 2 à 5 grains par jour. Dans ces cas, le médicament agit surtout à titre d'antiseptique intestinal.

MM. Sézary et Anne ont été plus heureux avec l'acide lactique qu'ils ont administré aux doses variables de  $\frac{1}{2}$  à 1 et même 2 drachmes par jour dans une potion de 4 oz. Mes succès tiennent-ils à l'insuffisance de la dose ? Cela est possible. En tous cas, les auteurs précités ont remarqué que dès le deuxième jour, les selles diminuent de fréquence et qu'elles redeviennent normales dès le quatrième jour. Ils citent à l'appui (*Lyon médical*, p. 600, 1888) neuf observations, et sauf dans un cas, la diarrhée n'a reparu chez aucun d'eux après la suppression du médicament. Il est douteux que l'on obtienne toujours des résultats aussi favorables, surtout contre une complication due à des lésions diverses, mais la diarrhée des tuberculeux est souvent si rebelle et si tenace que les praticiens ne seront jamais trop riches en médications pour la combattre.

### La cocaïne en injections hypodermiques et ses accidents ; ses indications et ses contre-indications.

On use et on abuse parfois des injections sous-cutanées de cocaïne ; il est donc intéressant pour le praticien d'en connaître les inconvénients. Le Dr Hugenschmidt qui a, jusqu'à ce jour, pratiqué près de cinq cents injections de ce genre, a observé six fois des accidents généraux sérieux, et une vingtaine de fois quelques symptômes toxiques.

Il faut se rappeler que ces injections ne peuvent être employées que pour les opérations ayant un champ opératoire restreint, et que l'insensibilité se maintient de quelques minutes à 1 h.  $\frac{1}{4}$  au plus. Il ne faut jamais dépasser la dose de  $\frac{1}{3}$  de grain, et regarder celle d'un grain comme dangereuse. Pour les opérations dentaires, l'auteur pratique deux piqûres de  $\frac{1}{4}$  de grain chacune, faites, l'une à l'extérieur, du bord alvéolaire. Pour l'ouverture d'un abcès, une injection de  $\frac{1}{3}$  grain est souvent suffisante. On ne doit jamais pratiquer ces injections lorsque les malades sont effrayés à l'avance ou qu'ils sont dans un état de dépression nerveuse qui les prédispose aux accidents. Ainsi une femme, placée dans ces conditions désavantageuses, éprouva immédiatement après des douleurs violentes dans la tête et fut prise d'une syncope très inquiétante qui dura une demi heure.

Sur les personnes ayant présenté des accidents généraux sérieux, les symptômes étaient les suivants : trente à soixante secondes après l'injection, sensation étrange dans la tête, pâleur de la face, sensation de froid ; les respirations deviennent moins fréquentes, irrégulières, saccadées ; le pouls, petit et faible, s'élève à 110 ou 130 ; *la syncope est rarement complète*, et il ne s'agit que d'une perte partielle de connaissance. Ces accidents qui indiquent un grand trouble dans le système vaso-moteur et qui correspondent à un état d'anémie cérébrale ont varié comme durée de cinq minutes à une heure. La peur et l'effroi déterminant de l'anémie cérébrale par spasme artériel, on comprend dès lors pourquoi les injections de cocaïne ne réussissent pas dans ces cas. Du reste, M. Lafont a démontré expérimentalement, que la cocaïne agit comme excitant des vaso-constricteurs, ce qui implique son indication dans tous les *états congestifs du cerveau, dans les apoplexies cérébrales, dans l'insolation, etc.* Elle est contre-indiquée chez les *anémiques* et parfois aussi chez les *hystériques*.

J'ajoute, pour ma part, à ces contre-indications, les *affections aortiques* (rétrécissement et l'insuffisance) en raison de leurs tendances à produire de l'anémie cérébrale et surtout l'*angine de poitrine vraie* qui sont toujours déterminés par l'ischémie du myocarde. Un médecin

russe, le D<sup>r</sup> Laschewich (*Russkaïa*, n<sup>o</sup> 12, 1886) aurait obtenu des guérisons (!) d'angines de poitrine au moyen d'injections cocaïnées. Il y a longtemps que je me suis élevé contre cette pratique dangereuse au premier chef, et j'en ai pour preuve l'histoire d'un angineux qui a failli succomber à une syncope après une injection d'un centigramme et demi.

Pour combattre les accidents dus à la cocaïne, il faut diriger le traitement contre la syncope, et par conséquent employer les inhalations de nitrite d'amyle qui congestionne le cerveau et placer immédiatement le malade dans le décubitus dorsal. Du reste, M. le D<sup>r</sup> Hugenschmidt a oublié de rappeler que les injections de cocaïne doivent être pratiquées de préférence dans le décubitus, parce qu'il est démontré qu'elles prédisposent à la syncope lorsqu'elles sont faites au malade dans la station debout.

### **Injections hypodermiques d'eau salée, d'huile camphrée dans l'adynamie et l'affaiblissement du muscle cardiaque.**

a). — On connaît la pratique de Cantani relative au traitement du choléra asiatique par les injections sous-cutanées d'eau salée. S'appuyant sur elle, le D<sup>r</sup> Rosenbach a eu l'idée d'employer ces injections dans tous les états graves caractérisés par l'affaiblissement du muscle cardiaque. Il se sert d'une solution à 6 ‰ et il en injecte en une seule fois, 0 à 5 drach. Ces injections qui ne provoquent ni inflammation, ni abcès de tissu cellulaire sous-cutané, donnent de l'ampleur au pouls.

b). — Tout dernièrement, le D<sup>r</sup> Petrescu (de Bucarest, appelait de nouveau l'attention sur le traitement de la pneumonie par la digitale, traitement recommandé autrefois par l'Ecole de Strasbourg, représentée par Hirtz. On sait que j'insiste depuis longtemps sur l'indication de soutenir énergiquement le cœur dans la pneumonie, et que j'emploie de préférence les injections sous-cutanées de caféïne. L'an dernier, le D<sup>r</sup> du Moulin (*Bull. de l'Ac. royale de médecine de Belgique*, 1887), avait insisté, de son côté, sur cette indication, et avait recommandé des doses modérées de digitale, alors que le D<sup>r</sup> Petrescu emploie au contraire des doses fortes.

Mais contre les accidents nerveux et adynamiques, le D<sup>r</sup> du Moulin prescrit les injections hypodermiques d'huile camphrée (2 grains de camphre par injection).

Henri HUCHARD.

(Revue Gén. de Clin. et de Thérap.)



### Diabète.

*Valeur comparative de la codéine et de la morphine dans le traitement de la diabète.* — De nouveaux documents nous sont fournis sur cette question par M. Mitchel-Bruce (*Therapeutic Gazette* septembre, 1888).

Il emploie la morphine sous forme d'acétate et la codéine sous forme de phosphate ; l'une et l'autre sont dissoutes dans l'eau distillée et données en injections hypodermiques. Deux malades entre autres furent soumis alternativement à l'action de ces deux médicaments, un jeune homme et un homme d'un certain âge, après avoir été tous les deux soumis au préalable à un régime alimentaire sévère pour diminuer autant que possible la quantité journalière du sucre éliminé.

Le phosphate de codéine à doses croissantes, jusqu'à concurrence de 15 à 20 grains par jour chez l'homme et 15 grains chez l'enfant, fit rapidement diminuer la quantité des urines et tomber son poids spécifique ; le sucre diminua également, mais dans une proportion assez faible et ne disparut jamais des urines, même momentanément. Chez l'enfant il disparut cependant pendant un jour, mais le lendemain la teneur en était plus élevée que jamais. La codéine diminue aussi la soif, mais elle donne des maux de cœur et amène une tendance au sommeil qui est surtout marquée pendant le jour.

L'acétate de morphine à la dose de 0,25 centigr. fit disparaître complètement le sucre qui avait diminué progressivement dans les urines, au fur à mesure qu'augmentait chaque jour la quantité de morphine prise par le malade. Avec elles les urines sont moins abondantes, l'embonpoint revient et jamais il ne se produit de tendance exagérée au sommeil. Malheureusement cet état satisfaisant ne dure pas longtemps, car le sucre reparait dès qu'on abaisse la dose d'acétate de morphine nécessaire pour produire ces résultats.

D'après les observations de M. Mitchel Bruce, la morphine serait donc préférable à la codéine, mais nous sommes d'avis que ni l'un, ni l'autre de ces médicaments n'est appelé à entrer dans la pratique courante dans le traitement du diabète. Ils présentent trop d'inconvénients et trop peu d'avantages.

(*Revue Gén. de Clin. et de Thérap.*)

### Maladies du cœur, emploi de l'extrait d'Hellebore.

Le liquide extrait de l'*Helleborus viridis* a une couleur jaune, un goût amer très prononcé, et une pesanteur spécifique de 1,097. On lit dans la *Revista de Ciencias medicas de Barcelona*, que le docteur Christovich, après avoir fait un grand nombre d'expériences avec cet

extrait sur des chicns et des grenouilles, l'a employé comme remède dans onze cas d'affections cardiaques. Voici le résumé des résultats obtenus : 1<sup>o</sup> Le médicament accroît les contractions du cœur, renforce son action, et augmente la plénitude du pouls. — 2<sup>o</sup> Dans les cas d'activité violente du cœur, un amoindrissement de cette activité morbide a été observé. — 3<sup>o</sup> Les congestions des poumons, du foie et des reins ont été dissipées ou amendées. — 4<sup>o</sup> La sécrétion de l'urine a été accrue. — La dose a été de 10 à 20 gouttes d'une solution de l'extrait au centième, données de 4 à 6 fois par jour.

(*The Therap. Gaz. et Union méd.*)  
(*Le Scalpel*)

## FORMULAIRE THERAPEUTIQUE

### **Asphyxie infantile.** (Dr FARRIS).

Eau de cannelle.....	3 onces.
Teinture éthérée de phosphore.....	8 gouttes.
Sirop d'éther.....	5 drachmes.

M.— Une cuillerée à thé toutes les heures. Dans les cas d'asphyxie, au cours de la broncho-pneumonie infantile.

### **Bronchite infantile.** (WEST).

Décoction de polygala (3 %).....	5 drachmes.
Carbonate d'ammoniaque .....	15 grains.
Teinture de scille .....	30 gttes.
Sirop de Tolu.....	½ once.

Une cuillerée à dessert toutes les quatre heures. Pour un enfant de trois ans.

### **Traitement de la diarrhée des tuberculeux par l'acide lactique.** (SESARY).

L'acide lactique a donné des succès constants employé à des doses variant de ½ à 2 drachmes par 24 heures.

Voici une bonne formule :

Acide lactique.....	1 drach.
Chlorodyne.....	15 gttes.
Potion gommeuse.....	4 onces.

A prendre par cuillerée à soupe dans les 24 heures.

(*Journal de méd. de Paris*).

**Gouttes antigestrales.** (MONIN).

Teinture de valériane.....	} ââ 2½ drach.
Elixir parégorique.....	
Hydrolat de laurier-cerise.....	
Teinture du cigœ.....	75 gttcs.

**Pommade contre l'eczéma.** (WISS).

Résorcine.....	15 à 30 grs.
Vaseline jaune.....	5 drach.

Mêlez.— Cette pommade s'emploie contre l'eczéma des mains, pour calmer la démangeaison et remédier à l'infiltration de la peau.—N. G.

(*L'Union médicale*).

**Fièvre typhoïde infantile.** (LEGROUX ET PARAT).

Si la diarrhée est assez abondante :

Naphtol.....	} 40 grs.
Salicylate de bismuth.....	

A diviser en dix paquets qu'on administre toutes les heures environ, soit dans un pain azyme, soit délayée dans un peu de lait ou dans une cuillerée de potion de Todd. Donnée ainsi, le médicament est bien supporté et sans répugnance.

Si la diarrhée est moyenne, on emploie le naphtol seul, de la manière suivante :

Naphtol.....	40 grains.
--------------	------------

Diviser en dix paquets, un chaque heure.

Enfin, s'il y a tendance à la constipation, on ajoute au naphtol un peu de salicylate de magnésie :

Naphtol.....	40 grains.
Salicylate de magnésie.....	40 à 90 grs.

Mêlez et divisez en dix paquets, à administrer comme précédemment.

**Injection contre l'angor pectoris.** (DUJARDIN-BEAUMETZ).

Bromhydrate de cicutine.....	10 grains.
Alcool à 86 degré.....	25 "
Hydrolat de laurier-cerise.....	6 drachmes.

Faites dissoudre.— On injecte sous la peau le quart ou la moitié d'une seringue de Pravaz de cette solution, pendant l'accès d'angor pectoris.

(*Courrier Médical*).

**Moyen de corriger la saveur amère de la quinine.**

(ENGEL).

Sulfate de quinine.....	1 partie.
Chlorhydrate d'ammoniaque.....	1 "
Réglisse pulvérisée.....	1 "

Mêlez intimement les deux dernières substances, préalablement réduites en poudre, incorporez-les au sel de quinine et faites un électuaire avec un peu de sirop ou de miel. (*Courrier Médical*).

**Mixture contre la gastralgie des neurasthéniques.**

Eau chloroformée.....	3 onces.
" de fleurs d'orangers .....	1 ½ "
" de menthe poivrée.....	1 ½ "

Mêlez.— A prendre : une cuillerée à soupe trois fois par jour, le matin, à midi et le soir. (*Courrier médical*).

**CHRONIQUE.**

Je songe souvent, à part moi, chers lecteurs, à la bienveillance que vous m'avez témoignée depuis deux ans. Voilà bien vingt-trois visites que je vous fais et vous m'accueillez encore et toujours avec cette belle et franche cordialité des premiers jours ! Tels je vous croyais, tels je vous ai trouvés : attentifs et dévoués aux intérêts professionnels. Qu'il s'agisse de remanier quelques points de législation, ou de créer une société de médecine pratique, je vous trouve prêts à marcher de l'avant, à défendre nos droits menacés. Debout je vous ai vus, debout vous êtes encore, et vraiment c'est plaisir à moi de vous le dire, de vous en féliciter.

Si vous jetez un regard sur les travaux publiés par la *Gazette Médicale de Montréal* en 1888, vous remarquerez qu'il y a progrès sur son aînée 1887. Plusieurs praticiens de la province ont bien voulu nous honorer de leur concours scientifique. De plus, la lutte pour la réforme des lois qui nous régissent n'a pas été stérile. Elle a porté des fruits abondants de précieuse expérience. Dans cette circonstance solennelle, le cœur de la profession a été avec la cause épousée et défendue par la *Gazette Médicale*.

Cette lutte aigre-douce nous a divertis.

*Risi successu posse carere dolos.*

J'ai ri de voir que la ruse pouvoit échouer.

OVIDE, *Heroid.*, I, 18.

Au reste, cette cause était et est encore la sienne et non celle des écoles, comme on a voulu le faire croire en certains quartiers. Disons en terminant ces remarques, que nous n'avons assisté qu'à un engagement préliminaire. Tant que nos lois ne seront pas refondues dans le sens de la réforme des *exigences* aux examens d'admission à l'étude et à la pratique de la médecine, nous ne serons pas satisfaits. *Nous croirons n'avoir rien fait tant qu'il restera quelque chose à faire*, suivant la parole de Lucain :

*Nil actum credens, quum quid superesset agendum.*

\* \* \*

C'est la veille du nouvel an, et cette circonstance, en elle-même banale, m'attriste jusqu'aux larmes. Vous croirez peut-être que je veux singer Héraclite, de païenne mémoire ; non, mais j'éprouve un sentiment d'indicible serrement de cœur. Je sens comme quelque chose qui me manque, qu'on m'a pris quelque lambeau de mon être. Le temps, ce ravisseur, nous a arraché une partie de nous-même, et c'est à cette heure solennelle qu'on mesure l'étendue de la froide réalité.

Voyez, je vous prie, où vont nos années.. Comme hier a été court et est déjà loin ; comme aujourd'hui ne tient à rien, et demain. l'inconnu !...

Que nous reste-t-il du passé si nous n'avons aimé ni bon travail, ni nos devoirs ?

\* \* \*

Les démarches du Dr Hingston, président du Collège des Médecins, ont eu plein succès. La plupart des gouverneurs ont donné leur pleine et entière approbation au projet de *fédération médicale anglaise*. Nos confrères pourront librement aller dans les autres provinces du Dominion et aux États-Unis, pratiquer la médecine sans crainte d'être molestés ou persécutés.

C'est ainsi que, sans bruit, on fait des choses utiles à la profession.

\* \* \*

Que voulez-vous que je vous souhaite ?

Une bonne santé, mais c'est la réclame obligée d'un médecin ; elle dispense de bien d'autres !

Une belle et nombreuse clientèle, mais non, je serais poursuivi en dommages par un public furieux, qui m'accuserait de conspiration ! Ce système m'ennuierait à mourir !

Allons bon ! le mot *succès* tinte à mon oreille, je vous souhaite donc du succès dans votre pratique. C'est ainsi que, sans me compromettre, je contente tout le monde.

A ceux qui aiment les honneurs ou qui brûlent de la légitime ambition de servir leurs confrères, je souhaite qu'ils soient élus gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec. Car nous aurons à élire *quarante* de ces immortels, d'un jour, d'ici au 15 juillet prochain.

Pour cela, il faut ne rien devoir au Collège des médecins.

Moralité.—Quand on veut être gouverneur ou voter aux élections professionnelles, il faut avoir payé sa contribution annuelle.

\* \* \*

Entre-nous, là, quand le client d'un confrère vient nous consulter et qu'il se plaint d'avoir été *mal soigné*, de n'être pas *guéri*, qu'elle doit être notre conduite ?

Pouvons-nous convenablement dire ce qui s'est déjà trop souvent répété ?

*Mais ça m'étonne pas, c'est un ignorant fieffé que votre docteur.*

*Il fallait avoir une bonne constitution pour n'avoir pas succombé avant ce jour.*

*Vous l'avez couru belle avec ce charlatan !*

Il me semble que la réflexion suivante serait plus à propos :

Votre médecin a fait de son mieux, sa conduite ne me regarde pas. On peut arriver à la guérison par plus d'un chemin, et que sais-je encore. On pourrait faire plus, mais je ne parle ici que pour ceux qui ont une faim insatiable de croquer du confrère.

Faisons pour les autres ce que nous voudrions que l'on fit pour nous. C'est le moins qu'on puisse vous demander, c'est du gros sens de conservation.

\* \* \*

Le Dr C., célèbre par son mutisme, fait ses visites du nouvel an. Vous savez l'énormité de cette corvée. Après 2 minutes de banalités sur la température, etc., le grave C. se retire en répétant cette phrase demeurée sacramentelle dans sa pratique : *c'est bien, madame, continuez le même traitement.*

Je lis dans les journaux du soir :

M. Duncan a subi, aujourd'hui, une opération *douloureuse* qui a parfaitement *réussi*, grâce à l'habileté de notre *déjà* célèbre chirurgien, monsieur le Dr *So-So*.

Cette *douleur*, ce *succès*, cette *illustration* me font rêver !

Que cette médaille serait belle, si elle n'avait de revers ! Un mois après, et même le lendemain quelquefois, le nom de l'*heureux* opéré figure au mémorial nécrologique de ses pères.

O presse politique ! garde tes complaisances pour tes propres nourrissons et laisse le médecin à la gravité de ses devoirs professionnels. La gaucherie de tes compliments ajoute à la mordante ironie dont le temps *pique* les *meilleures intentions*. J'allais dire les plus vaines prétentions.

—En médecine, la réclame, *d'où qu'elle vienne*, est de mauvais goût.

\*  
\* \*

Que dirais-je aux carabins en vacances ?

Amusez-vous, mes amis ! Par votre travail, vous avez bien mérité ces quelques jours de repos.

Je dois le dire, le carabin de cette année s'est distingué d'un grand nombre de ses prédécesseurs par sa bonne conduite et son application à l'étude.

C'est pourquoi, j'ai double plaisir à leur souhaiter une bonne et heureuse année, c'est-à-dire, bonne sortie et des succès.

LE DR NOIR.

31 décembre 1888.

---

## NOUVELLES MÉDICALES.

---

Le professeur N. S. Davis a abandonné la rédaction du *Journal of the American Medical Association* dont il était le rédacteur en chef depuis 1883.

Son successeur sera le Dr John B. Hamilton, chirurgien-général, surintendant du service hospitalier de la marine des Etats-Unis et ex-secrétaire-général du 9<sup>me</sup> congrès international de médecine.

Le Dr N. S. Davis a dirigé son journal avec tact et fermeté. Grâce à son initiative, le *Journal de l'Association Médicale Américaine* a exercé une influence considérable dans le monde médical américain : Le progrès par l'union des forces vives de la profession, tel est le but poursuivi par le Dr Davis et de ses assistants. Ces traditions seront

suivies, sans aucun doute, par le D<sup>r</sup> Hamilton et nous assisterons avant longtemps à l'effacement de toutes les autres sociétés médicales qui se fondront en l'*Association Médicale Américaine*. Grâce à cette unité des membres, le corps médical pourra travailler avec plus de succès à la réforme des études médicales.

Au nouveau rédacteur en chef, je souhaite donc plein succès dans la tâche difficile qu'il vient d'assumer.

---

OUVRAGES REÇUS AU BUREAU DE LA "GAZETTE  
MÉDICALE."

PAUL LOYE.—*La mort par la décapitation*. Avec une préface de M. le professeur Brouardel. Un beau volume in 8° de 300 pages. Prix 6 francs. Publications du Progrès Médical, Paris, 14, rue des Carmes.

BORGINON, secrétaire-général du supplément au *Scalpel*.—*Rapport sur les travaux de la fédération médicale pendant l'année sociale 1887-88*.

E. A. PURRINGTON, council of the Medical Society of the county of New York.—*How far can legislation aid in maintaining a proper standard of medical education?* A paper read before the American Social Science Association, at the annual meeting, held at Saratoga, September 5, 1888. Boston 1888.

H. PEYRAND (de Libourne).—L'immunité par les vaccins chimiques. Prévention de la rage par le vaccin tanacétique ou le chloral. Paris, G. Masson, éditeur, 1888.

MEDECINE AND THE LAW.—Extrait du *Journal Médico-Légal*.  
CLARK BELL, président de la Société Médico-Légale de New-York. — *Suicide et Législation*.

JULES FÉLIX, médecin honoraire de la maison du roi, chirurgien de l'Hospice Ste-Gertrude à Bruxelles.—*Des caustiques dans le traitement du cancer et de certaines affections chirurgicales*. Bruxelles, A. Manceaux, éditeur, 1888.

BAYARD HOLMES, M. D., read before the Chicago Medical Society. *Secondary Mixed Infection in Typhoid fever*. July 1888, reprint from *Western Medical Reporter*, September 1888.



**EN VENTE**  
A LA  
**LIBRAIRIE ST-JOSEPH**  
**CADIEUX & DEROME**  
**MONTREAL.**

---

**MANUEL D'HYGIÈNE**, à l'usage des écoles et des familles, rédigé conformément aux instructions du Conseil d'Hygiène de la province de Québec, avec gravures dans le texte, par SÉVERIN LACHAPELLE, M. D., professeur d'Hygiène à l'Université Laval, médecin du dispensaire des enfants, à l'hôpital Notre-Dame, etc., etc. 25 cts.

MM. CADIEUX & DEROME se sont hâtés de présenter ce nouvel ouvrage à messieurs les instituteurs et aux pères de familles, afin qu'ils fassent bénéficier la jeunesse des connaissances si nécessaires de l'hygiène. Le Conseil d'Hygiène de la province de Québec a pris cet ouvrage sous sa protection. Il suffit maintenant de vulgariser les données qu'il renferme.

Nous invitons donc MM. les médecins à parcourir cet opuscule et à le recommander à leurs clients.

**NOUVEAUX ELEMENTS DE PATHOLOGIE MÉDICALE**, par A. LASERAN & J. TESSIER ; 3e édition, 1889, 2 vol. in-8. \$5.50

---

D'ESPINE & PICOT. — Manuel pratique des maladies de l'enfance, 3e édition ; 1 vol. in-12. \$1.75

PETER MICHEL. — Traité clinique et pratique des maladies du cœur ; 1 vol. in-8. \$4.50

MEEYER. — Traité pratique des maladies de yeux, avec figures, dernière édition ; 1 vol. in-12. \$3.00

## COLLABORATEURS

Au volume II

DE

## " LA GAZETTE MEDICALE."

APOSTOLI, Docteur.

ASSELIN J., M. D., C. M.

BÉAUSOLEIL J. M., M. D.

BOURQUE E. J., M. D.

DESJARDINS LS E., M. D., C. M.

DIEU ME GARDE.

F. X.

GRIGNON EDMOND, D<sup>r</sup>

GUÉRIN J. J., M. D., C. M.

GUILBAULT CHS., B. M.

HINGSTON, W.-H., M.D., D.C.L., L.R.C.S. Edin.

J. A. L., M. D.

LIPPÉ, M. D.

MARSIL D., M. D.

PALARDY M. J., M. D.

PAQUET HON. A. H., M. D.

ROLLAND A. J. B., M. D., C. M.

## TABLE DES MATIÈRES

DU

DEUXIÈME VOLUME.

	PAGES
Abcès du poumon (Traitement des) .....	362
Absence congénitale des phalanges.....	344
Affection tuberculeuse chirurgicale.....	247
Agalactie (Traitement de l') — Dr Waugh .....	123
Agaricine.....	412
Albuminurie des femmes enceintes (De l') — M. Barker.....	259
Aliénation mentale .....	318
Anémie .....	462
Anesthésie locale .....	172
Anesthésie locale par la cocaïne .....	174
Anesthésie par le froid.....	173
Anesthésie générale .....	83, 106, 170
Angiocholite suppurée .....	21
Anthrax (Traitement de l') .....	23, 66
Antifugine (L') .....	416
Antipyrine, acétanilide, solamine.....	254
Antipyrine dans la chorée (L'), l'épilepsie, les douleurs cardiaques, les hémoptysies.....	33
Antipyrine dans les accouchements.....	178
Antisepsie dans le traitement des maladies de la peau (son importance).....	113
Antiseptiques dans le traitement de la diarrhée des enfants (Des) .....	32
Arséniate d'or .....	321
Arthrite blennorrhagique (De l').....	358
Asphyxie par inhalation du chloroforme .....	86
Asphyxie par rétrocession de la langue.....	87
Asphyxie par spasme de la glotte.....	87
ASSELIN, Dr J.— Des sirops opiacés chez les enfants.....	293
Assemblée annuelle de la Société Médico-Chirurgicale Canadienne Française de la Nouvelle-Angleterre.....	512
Atresie vaginale.— Dr Hingston.....	546
Avortement (Conduite à tenir dans l') — Dr Nital.....	354
Bactériologie.....	418
Bains salés dans les fièvres (Les).....	90
Bibliographie.....	189, 238, 279, 335, 383, 428, 474, 521
Bill médical de la Province de Québec (Le)—M. J. Palardy, M.D. .....	9
BOURQUE Dr — Cliniques des maladies mentales.....	388
Bronchite congestive de la dysménorrhée.....	125
Canadol .....	414
Cancer (Récidive du).....	218
Carcinome du col utérin.....	302
Chloral dans le vomissement de la grossesse.— Dr Corneille.....	318

Chlorine de méthyle.—Dr Bailly.....	125
Chloro-anémie (La) —Dr Paquet.....	337
Chloroformisation (Des accidents de la).....	170
Chlorose (Traitement de la).....	312
Cholécyctomie (De la).....	166
Chorée (Traitement par l'arsenic).....	32
Chronique.—Le Dr Noir.....38, 94, 134, 181, 234, 268, 327, 375, 423, 469, 513.....	563
Chute de matrice.....	301
Clinique chirurgicale.—Dr Hingston.....	546
Clinique d'otologie, de rhinologie, de laryngologie.—Dr A. J. B. Rolland.....	54, 393
Clinique médicale (Quelques mots sur la).—Hon. Dr Paquet. 385,	481
Clinique obstétricale.—Dr J. A. L.....	390
Cocaïne dans le traitement des dermatoses et de la syphilis (La)	89
Cocaïne en injections hypodermiques et ses indications ; ses indi- cations et ses contre-indications (La).—Henri Huchard.....	558
Codéïne et morphine dans le traitement du diabète.....	499
Collège des médecins et chirurgiens de la Province de Québec. 451.....	505
Collinsonia Canadensis (La).....	128
Communication.—Edmond Grignon.....	345
Communication.—Dr J. Lippé.....	540
Conduite à suivre dans les blessures par coup de feu dans les ca- vités viscérales.....	155
Condurango (Sur le).—M. Boymon.....	485
Conjonctive granuleuse (Traitement des formes graves de la).— Dr Abadie.....	49, 90
Constipation.....	113
Contagion de la pneumonie.....	311
Contusion de l'abdomen avec lésion de l'intestin par les projecti- les de guerre.....	158
Coups de feu du crâne pendant l'expédition du Tonquin.....	164
Convulsions chez les enfants.....	70
Créoline en gynécologie (De la).—J. Chéron.....	417, 497
Cytisine.....	414
Delphinium (Le).....	364
DESJARDINS, Dr. — Discours de l'ouverture des cours.....	433
“ — Glaucôme.....	97, 289
“ — Kérotoscopie dans l'astigmatisme.....	241
Diabète (De l'emploi de la saccharine dans le).....	256
Diabète sucré (sur le). — Hon. Dr Paquet.....	1
Diarrhée chronique.....	318
Diarrhée des tuberculeux (Traitement de la).....	557
Diarrhée infantile.....	309, 463
DIEU NE GARDE.—Hommage au mérite.....	14
Diphthérie.....	314
Discours de M. le président Verneuil.....	145
Discours d'ouverture — Dr Ed. Desjardins.....	433
Dysménorrhée membraneuse (Traitement par tamponnement intra-utérin).—F. Chéron.....	177

Dysménorrhée (Traitement de la).— Emile Joubert .....	258, 303
Dyspepsie (Préparation d'acide chlorhydrique contre la).....	129
Dyspnée de l'asthme (Traitement de la).....	495
Dysurie et strangurie sénile.....	252
Eau chaude en thérapeutique.....	113
Eclampsie (Traitement de l').....	178
Eczéma de la face chez les enfants (Traitement de l').—Besnier...	493
Eczéma vulvaire chronique et rebelle des petites filles (Traite- ment de).....	320
Eczémateux (Traitement des). — Dr L. Brocq.....	73
Encyclopédie internationale de chirurgie.....	282
Endométrite.....	257, 350
Entérite aiguë et subaiguë.— P. Laure .....	498
Epithéliomes et mélanosarcomes oculaires.....	223
Ergotine .....	249
Erysipèle et fièvre puerpérale.....	233, 317, 357, 461
Ether contre l'insuffisance cardiaque.....	494
Extirpation du larynx pour cancer.....	153
Fibrômes utérins, par la méthode d'Apostoli (Du traitement des)	551
Fibromyomes de l'utérus.....	256
Fièvre typhoïde.— Jaccoud.....	118
Fièvre typhoïde (La). —Hon. Dr Paquet.....	529
Fièvre typhoïde et son étiologie (La).....	552
Fissures de l'anus chez la femme.—Créquy.....	309
Fissures du rectum .....	296
Folies des femmes enceintes .....	261
Fractures de la rotule (Traitement des) .....	297
Gaiacol .....	324
Geranium masculatum dans les hémorrhagies utérines.— Egasse	308
Glaucôme.— Dr E. Desjardins.....	97, 289
Goître et Leucocythémie... ..	20
GRIGNON, Dr EDMOND.— Communication .....	345
GUERIN, J. J., M. D., C. M.— Traitement de l'hydropisie.....	5
GUILBAULT, CHS, B. M.— Statistique partielle ..	397
Habilitété dans la direction des aliénés.—Dr H. B. Richardson...	404
Hémorrhagies de la délivrance (Traitement préventif des).....	406
“ utérines.....	306, 347
Hémorroïdes .....	296
Hernies (Cure opératoire des).— Dr Trélat.....	25
“ (Cure radicale des).....	193
HINGSTON, Dr.—Atésie vaginales.....	546
Hommage au mérite.— Dieu me garde .....	14
Hydropisie (Traitement de l').— J. J. Guérin, M. D., C. M.....	5
Honneur à la science.— X .....	60
Hystérectomie abdominale et vaginale.....	224
Hystérectomie dans le cancer de l'utérus.....	246
Ichthyol (Usages de l').....	261
Imperforations de l'anus (Cas d') .....	343
Indigo.....	127

Injections hypodermiques d'eau salée, d'huile camphrée dans l'adynamie, etc.....	559
"    "    — La fièvre typhoïde.....	529
Injection profonde de créosote dans la phtisie.....	495
"    vaginales dans le traitement des périmétrites chroniques. — M. Gérard.....	464
Intensités galvano-caustiques dans leurs applications aux affections utérines.....	20
Iodes et les icdures.— G. Sée.....	365
Kératoscopie dans l'astigmatisme.— D <sup>r</sup> E. Desjardins.....	241
Kystes dermoïdes de la fontanelle antérieure.....	167
Lavement purgatif à la glycérine.....	128
LE DR NOIR. — Chronique 38, 94, 134, 181, 234, 268, 327, 375, 423, 469, 513.....	563
Leucorrhée (Traitement de la).....	497
Leucorrhée (Traitement par l'acide borique de la). — F. Schwartz.....	309
Maladies des yeux.....	69
Maladie du cœur.— D <sup>r</sup> Germain Sée.....	359
Maladies fonctionnelles du cœur.— Hon. D <sup>r</sup> Paquet.....	101
Maladies mentales (clinique des).— E. J. Bourque, M. D.....	388
Médicaments cholagogues (Les).....	315
Métrorrhagies rebelles (De certaines).....	500
Migraines liées aux affections utérines.....	124
Mouvement médical.....	17
Nécrologie.....	332, 380
Nouvelles médicales.....	191, 276, 333, 381, 566
Orchite (Traitement de l').....	496
Ortie blanche (Action hémostatique de l') — D <sup>r</sup> Florian.....	320
Ostéomyélite suraigüe (De l').....	89
PALARDY.— Bill médical pour la Province de Québec.....	9
PAQUET, HON. D <sup>r</sup> .— La chloro-anémie.....	337
"    "    — Quelques mots sur la clinique médicale.....	385, 481
"    "    — Sur le diabète sucré.....	1
"    "    — Maladies fonctionnelles du cœur.....	101
Paraldehyde.....	411
Pathogénie du mal de Bright.....	21
Pathologie spéciale,—La fièvre typhoïde et son étiologie.....	552
Péritonite puerpérale (Traitement de la).....	260
Phénacétine (La).....	321
Pied sans astragale.....	342
Plaies de l'intestin par projectiles de guerre (Les).....	157
Plaies pénétrantes de l'abdomen par balles de revolver.....	159
Pleurésies purulentes.....	415
Pneumonie.....	415
Pneumonie franche infantile.....	116
Polypes fibreux de l'utérus (Traitement des).....	175
Polypes de l'oreille (Des).—D <sup>r</sup> A. J. B. Roiland.....	542
Prolapsus des ovaires.....	348
Proposition paradoxale sur la situation de l'utérus, rétroversion de l'utérus, réduction et contention.....	231

Phthisie (Traitement par le calomel de la).....	486
Pustule maligne (Traitement de la).....	250
Pyogénèse.....	454
Pyridine.....	413
Rachitisme (Traitement par le phosphore du).....	233
Réduction de la luxation du pouce en arrière.....	299
Réformes dans le traitement du strabisme.....	245
Régrestion incomplète de l'utérus (Traitement de la).....	259
Réssection du bord inférieur du thorax.....	216
"    poignet pour ankylose.....	151
"    squelette pour remédier a des pertes de substances des parties molles.....	169
Respiration en hiver.— F. X.....	60
Rétroflexion de l'utérus. — Schulze (d'Iéna).....	307
Rhumatisme articulaire aiguë. — X.....	310
ROLLAND, D <sup>r</sup> A. J. B.— Clinique d'otologie, de rhinologie et de laryngologie.....	51, 393
"    —Des polypes de l'oreille.....	542
Saccharine.....	364
"    comme antiseptique.....	484
Salol.....	414
"    dans le rhumatisme aiguë.— D <sup>r</sup> Bradford.....	492
Saturnisme chronique.— William Murrell.....	363
Scarifications du col dans la congestion de l'utérus.— J. Chéron..	262
Septicémie intestino-péritonéale.....	164
Scopoléine et rotoïne.....	414
Sirops opiacés chez les enfants.— D <sup>r</sup> J. Asselin.....	293
Société de Médecine Pratique de Montréal.....	508
Splénectomie.....	248
Statistique partielle.— Chs Guilbaut, B. M.....	397
Stomatologie.....	456
Strophantus.....	412
"    comme antiseptique.— D <sup>r</sup> Rouvighi.....	492
Subinvolution utérine.....	112
Suc gastrique dans les maladies de l'estomac.....	62
Suppuration chronique de la plèvre.....	206
syncope cardiaque.....	87
"    respiratoire.....	106
Tanin dans le traitement des maladies tuberculeuses.....	499
Traitement de la diarrhée des tuberculeux par l'acide lactique et par l'iodoforme.....	557
Traitement de la dilatation stomacale par l'électricité.....	357
"    sec en gynécologie.....	305
Transmission de la syphilis par le tatouage.....	89
Tuberculose.....	459, 355
"    de la vessie (Traitement chirurgical).....	231
Tumeurs érectiles (Traitement par l'électrolyse des).....	253
Ulcères de jambe (Traitement des).....	251
"    du rectum.....	297
Vaginisme (Traitement médical du).— Girard.....	125
Vaginite aiguë des jeunes mariées.— P. Ménière.....	321
Vaginite et endométrite blennorrhagique (Traitement).....	175

T A B L E  
DU  
FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

Accidents des injections hypodermiques de la cocaïne, etc.....	558
Alopécie syphilitique (Traitement de l').....	181
Anémie fécale.....	132
Angine tonsillaire infantile.....	422
Anti-croupale (Potion).....	327
Antypirine (De son administration à l'intérieur).....	131
Blennorrhagie aigüe.....	3-5
"    et blennorrhée des deux sexes.....	179
Bouillon hydragogue.....	267
Bronchite aigüe.....	326
Brûlures.....	469, 503
Cancer (Pansement du).....	467
Carcinome (Sur le traitement médicamenteux du).....	372
Chancre phagédénique de la vulve (Poudre contre).....	180
Choléra infantile.....	179
Cœur (Maladie du).....	560
Coliques biliaires.....	374
Constipation.....	326, 327, 421
Convulsions infantiles.....	92, 421
Cors (l'opique contre les).....	180
Crevasse du sein (Traitement des).....	266
Dartres (Pommade contre les).....	421
Dentition des enfants (Accidents de la).....	468
Diabète.....	560
Diarrhée.....	326
"    chronique.....	468
"    des tuberculeux.....	557
"    putrides.....	265
Diphthérie.....	132, 469
Diurétique (Lavement).....	37
"    (Potion).....	36, 37
"    (Poudre).....	37
"    (Pilule).....	37
"    (Tisane).....	37
"    (Vin).....	36
Douleurs prémenstruelles.....	93
Dyssentérie.....	263, 325
Dyspepsie douloureuse de l'enfance.....	179
"    infantile.....	469
Dyspnée cardiaque.....	92
Ebranlement des dents (Gargarisme contre l').....	468
Eczéma (Pommade contre l').....	502
"    de l'anus et des organes génitaux.....	468
"    de la vulve.....	373



Emploie des médicaments (Moment de l').....	504
Entérite cholériforme chez les enfants (Traitement de l').....	180
"    chronique.....	267
Fétidité de l'haleine (Pilules contre la).....	504
Formule de M. H. Huchard.....	93
Furoncles.....	92
Hémorragie (Potion contre l').....	325
Hémorragies utérines.....	266
Hydropisie (Pilules contre l').....	37
Iritis.....	326
Maladie du cœur.....	560
Maux de tête (Cachets contre les).....	422
Mérite chronique (Pilules contre la).....	373
Métrorrhagie.....	374
Migraine (Sirop contre la).....	91
"    menstruelle.....	93, 266
Mixture à l'iodoforme.....	36
Naphthaline (Poudre antiseptique à la).....	372
Névralgie (Pommade contre la).....	133
Ozène (Poudre contre l').....	324
Phthisie (Traitement de la).....	93
Phthisie pulmonaire.....	421
Pilules anti-laitesuses.....	92
Pleurésie chronique (Traitement de la).....	504
Pommade résolutive.....	373
Potion diaphorétique.....	504
"    purgative sans saveur.....	373
Prurit anal.....	267
Putréfaction (Pansement contre la).....	374
Rachitisme (Traitement du).....	179
Rhumatisme aigu.....	91
"    blennorrhagique.....	422
"    chronique.....	91
Spartéine et fleurs de genet (Préparation de la).....	133
Stomatite.....	374
Sueurs des tuberculeux.....	93
Trachéo-Bronchite.....	327
Tuberculeux (Sueurs des).....	93
"    (Traitement de la diarrhée des).....	557
Tuberculose (De l'emploi du tanin dans la).....	502
Ulcères (Traitement local des).....	422
"    syphilitiques de la vulve.....	374
Sueurs des tuberculeux.....	93
Vaginite.....	325
Varioleux (Pommade pour le traitement des).....	503
Vers solitaires (Remèdes contre les).....	503
Vomissements de la grossesse.....	92, 467
"    opiniâtres.....	326