

## Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

Continuous pagination.

- 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.

## SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX.	PAGES
<i>Sérothérapie, tubage et trachéotomie.—Deux ans d'expérience personnelle.— Résultats obtenus en pratique privée dans 70 cas de diphtérie, par J. L. ARCHAMBAULT, M. D., de Cohoes, N.-Y. (Suite).....</i>	705
REVUE DES JOURNAUX.—MÉDECINE.	
<i>Le médecin d'assurance sur la vie, conférence donnée par M. le Dr J. P. BOULET devant la Société Médicale de Québec.....</i>	724
CHIRURGIE.	
<i>Congrès français de chirurgie, tenu à Paris du 18 au 23 octobre 1897 (Dr EUGÈNE ST-JACQUES).....</i>	732
<i>Sur les contusions de l'abdomen.....</i>	732
<i>Du rôle de l'insuffisance volontaire de la saphène interne dans les varius du membre inférieur, par le Dr DELBERT (Hôtel-Dieu).....</i>	736

(Voir la suite, page 3.)

“ Dans toute substance on doit considérer ses propriétés toxiques tout autant que sa puissance antiseptique. Le meilleur antiseptique est sans nul doute celui qui est le moins nuisible à l'homme.—D'UJARDIN-BEAUMONT.”

# LISTERINE

**LA LISTERINE** est un désinfectant non toxique, non irritant et non caustique, composé d'essences essuifères, d'antiseptiques végétaux et d'acide benzo-boracique. Elle peut être mélangée à l'eau en toute proportion et à un degré de force suffisant pour assurer et maintenir la propreté chirurgicale aseptique—dans le traitement de toutes les régions du corps humain.

Dans le traitement des affections catarrhales des muqueuses, **La Listerine** occupe une place importante en raison de son innocuité, de son efficacité, de ses propriétés détersives et antiphlogistiques et de ses effets calmants et rafraîchissants sur les tissus.

Dans les formes de dyspepsie caractérisées par la formation de gaz, d'éruptions acides et de fermentations dans l'estomac, il a été prouvé que **La Listerine** est extrêmement précieuse. Dans beaucoup de cas, employée seule, par cuillerée à café, ou diluée avec une ou deux parties d'eau ou de glycérine elle produit un soulagement considérable.

Affections causées par la DIATHÈSE URIQUE

## LAMBRET'S LITHIATED HYDRANGEA

Altérant des Reins—Anti-Lithique

INDICATIONS—Calcul urinaire. Goutte, Rhumatisme, Maladie de Bright, Diabète, Cystite, Hématurie et irritation générale de la vessie.  
Brochures descriptives envoyées à tous ceux qui en feront la demande.

Lambert Pharmacal Company, St. Louis, U. S.

Les Pharmaciens en détail désirent se procurer promptement nos produits n'auront qu'à s'adresser aux Pharmaciens en gros du Canada ou à notre dépôt Canadien à Toronto, tenu par W. LLOYD WOOD, Agent.  
En écrivant mentionnez ce journal.

# Dr J. LEDUC & Cie

Pharmaciens-Chimistes **EN GROS ET EN DÉTAIL.**

**2052 et 2054 RUE NOTRE-DAME, Carré Chaboillez,**  
**MONTREAL**

La maison J. LEDUC & CIE., qui a son siège d'affaires dans le splendide édifice Rodier, est en mesure de fournir aux médecins, aux pharmaciens, hôpitaux, collèges, etc., en gros et en détail, toutes les drogues et tous les produits chimiques les plus purs et tout ce qui se rapporte au commerce de la pharmacie.

## AU-DESSOUS DU PRIX COUTANT

Thermomètres Cliniques certifiés (Taylor).....	\$1.00
“ “ “ “ .....	1.25
“ “ “ “ .....	1.50

Avec chacun de ces thermomètres nous donnerons un joli thermomètre de maison, échelle Fahrenheit.

Seringues Hypodermiques .....	\$1.35
“ “ pour Sérum Anti-Diphthéritique.....	4.00
Batterie Electrique “ North Star ” Excellente Valeur .....	seulement 5.00

Aussi toujours en mains un assortiment complet des marchandises de MM. Parke, Davis & Cie.

Préparations pharmaceutiques des meilleurs fabricants,  
médicaments nouveaux de tous les pays.

## BANDAGES HERNIAIRES DE TOUTES LES VARIETES.

Matériel complet pour installation de pharmacies de praticien de campagne.

**Fleurs sèches.—Parfums,**

**Articles de toilette, etc.**

 Prescriptions remplies avec soin. 

Commandes par la poste, exécutées sous le plus bref délai.

# DR J. LEDUC & CIE

2052 & 2054 RUE NOTRE-DAME

**Carré Chaboillez, . . . . . Montreal.**

# SOMMAIRE (Suite)

PAGES

## GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

*Traitement des tranchées utérines, (AUDEBERT).....* 740

*Primipare à 8½ mois de grossesse, atteinte d'œdème et d'albuminurie.*

*Régime lacté et autres soins employés avec peu de résultat pendant*

*plusieurs jours. Provocation du travail, forceps, suites heureuses*

*pour la mère et l'enfant, (CHARLES).....* 742

## REVUE D'HYGIENE.

*Notes sur la désinfection des chambres par la formaldéhyde, par WYATT*

*JOHNSTON, bactériologiste du Conseil d'Hygiène de la Province*  
*de Québec.....* 745

*Les preuves de l'efficacité de la vaccination.....* 749

## ART DENTAIRE.

*De l'hygiène de la bouche et des dents dans les collèges et les couvents, par*

*le Dr EUDORE DUBEAU.....* 752

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

*M. le Dr ROTTOT.....* 744

*Le nouveau bill des médecins... ..* 744

*BIBLIOGRAPHIE.....* 751, 754

---

# J. H. CHAPMAN,

2294 — RUE STE-CATHERINE — 2294

Au coin de McGill College Avenue, - - - - - MONTREAL.

BELL TELEPHONE 4306.

---

### Instruments de Chirurgie de toutes sortes et de première qualité

A des prix très modérés - - - - - Discounte de 5% au comptant.

---

Chaises à opérer; Armoires à tiroirs pour instruments; Batteries Gaiffe (de Paris)  
Aspirateur de Black et Appareil à Scarification; Forceps de Tarnier, Pajot (brise)  
Dubois, etc.

---

La plus soigneuse et prompt attention donnée aux ordres des praticiens de la campagne.

---

Pour références s'adresser, par permission spéciale, aux professeurs de la Faculté de Médecine  
de l'Université Laval.

**H. J. CHAPMAN.**

# LE VÉRITABLE THAPSIA

doit porter les signatures



Veuillez les exiger pour éviter les accidents

LE PERDRIEL & C<sup>ie</sup>, PARIS

# DÉBILITÉ, ANÉMIE MALADIES de L'ENFANCE

sont combattues avec succès

PAR LA

# FUCOGLYCINE GRESSY

Ce sirop, à base d'algues marines remplace avantageusement l'Huile de Foie de Morue, dont il possède toutes les propriétés sans en avoir la saveur ni l'odeur désagréables.

LE PERDRIEL & C<sup>ie</sup>, PARIS

# TOILE VÉSICANTE

## LE PERDRIEL

Action prompte et certaine

*La plus ancienne,  
La seule admise dans les hôpitaux civils*

Exiger la couleur rouge

LE PERDRIEL & C<sup>ie</sup>, PARIS

# GOUTTE, GRAVELLE RHUMATISMES

sont guéris par les

# SELS GRANULÉS

Effervescents

## DE LITHINE

de Ch. LE PERDRIEL

LE PERDRIEL & C<sup>ie</sup>, PARIS

# ERGOTINE YVON

Solution Titree d'Ergot

PARIS, 7, rue de la Feuillade, 7, PARIS

Cette solution, rigoureusement dosée (un centimètre cube représente un gramme d'ergot) est inaltérable.

Elle renferme tous les principes actifs de l'ergot de seigle, à l'exclusion des matières inertes et même dangereuses. On l'administre par la voie stomacale (de 20 à 60 gouttes par jour), ou mieux en injections hypodermiques, à la dose d'un demi à un centimètre cube, dans le voisinage du lieu de l'hémorrhagie.

### INDICATIONS PRINCIPALES :

*Hémoptyses, Epistaxis, Prolapsus du rectum, Hémorrhoides, Hémorrhagies utérines consécutives à l'accouchement ou provoquées par l'existence de tumeurs fibreuses ou cancéreuses, Atonie de l'estomac et de l'intestin, Sueurs nocturnes des phthisiques, etc.*

### AVIS IMPORTANT

Pour s'assurer de l'efficacité de ces produits, MM. les Médecins devront toujours ordonner

# ÉLIXIR YVON

Polybromuré

PARIS, 7, rue de la Feuillade, 7, PARIS

L'emploi de cet élixir permet de continuer pendant des mois et même des années le traitement bromuré, sans avoir à redouter les accidents cérébraux ou cutanés qui accompagnent toujours l'administration du bromure de potassium employé seul, quelle que soit d'ailleurs sa pureté chimique et la forme pharmaceutique sous laquelle on le présente. C'est ce qui explique les succès à peu près constants obtenus avec cette préparation. Elle renferme par cuillerée à bouche 3 grammes de bromures, soit 1 gr. par cuillerée à café.

Dose : 3 à 12 grammes par 24 heures.

### INDICATIONS

*Epilepsie, Hystérie, Danse de St-Guy, Asthme, Insomnies, Névralgies, Migraine, Spermatorrhée, Glycosurie, Gastralgies, Neurasthénie, etc.*

SE MÉFIER  
DES  
CONTREFAÇONS

L'ÉLIXIR et L'ERGOTINE YVON  
avec l'adresse : 7, rue de la Feuillade  
YVON & BERLIOZ, Paris

Dépôts à MONTREAL : ARTHUR DECARY et dans toutes Pharm<sup>ies</sup> & Drogu<sup>es</sup>

EXIGER NOTRE  
CACHET  
DE GARANTIE

# TRAVAUX ORIGINAUX

## “SÉROTHÉRAPIE, TUBAGE ET TRACHÉOTOMIE.”

### DEUX ANS D'EXPÉRIENCE PERSONNELLE.

Résultats obtenus en pratique privée dans 70 cas de diphtérie.

Par J. L. ARCHAMBAULT, M. D., Cohoes, N. Y.

(Suite).

#### OBSERVATIONS.

Obs. I.—(Cas de trachéotomie).

Frances J., 2 ans 3 mois, patiente du Dr Bell.

Le 18 mai 1895, trachéotomie d'urgence, précédant le sérum, et même toute enquête; le cas n'offrait pas une minute à perdre. Puis, nous apprenons qu'une semaine auparavant il y avait eu du malaise et de l'enrouement; l'enfant s'était sentie mieux, avait sorti, avait rechuté. La dyspnée existait maintenant depuis 36 heures, hormis, il y a 12 heures, un soulagement passager dû à l'expulsion de 2 fortes coenocœnes. Parties affectées. fosses nasales, pharynx, amygdales, épiglote et moitié gauche du cercle glottique. Au moment d'opérer, lèvres cyanosées, ongles livides, tirage extrême, sujet en imminence d'asphyxie. La trachée ouverte, un lambeau membraneux d'un moins 2 centimètres de long est saisi à la pince et délogé. Encore sous l'effet de l'anesthétique, injection d'antitoxine Gibier, 1000 unités; 17 heures plus tard, 2<sup>e</sup> injection, 800 unités; encore 12 heures après, 3<sup>e</sup> injection, 700 unités. C'est-à-dire que dans l'espace d'un peu plus de 24 heures, l'enfant reçoit 2500 unités en 3 injections; la fièvre administrée à peu près 5 jours et demi après les premiers symptômes et 36 heures après l'apparition de la sténose laryngée.

Comme il n'y avait pas de diphtérie à cette époque et que la ville en avait été exempte depuis assez longtemps, je fis faire, au Laboratoire Bactériologique du Collège Médical d'Albany l'examen d'une partie de la membrane sortie du larynx pendant l'opération, et la présence du bacille Klebs-Löffler fut constatée par le Dr MacFarlane.

Malgré l'administration tardive du sérum, la conduite du cas fut si remarquable, la guérison si différente de l'ordinaire, que nous ne pûmes nous défendre d'un véritable enthousiasme, et un récit détaillé en fut publié dans *L'Union Médicale* (juillet 1895), et un peu plus tard un résumé très bref dans les *Medical Annals* (novembre 1895).

La canule, dans ce cas-ci, resta en place 3 jours 17 heures. C'était déjà le meilleur résultat que j'avais jamais obtenu et chez le plus jeune sujet. Mais

l'expérience m'a démontré depuis que ce temps aurait pu être abrégé de beaucoup—de tout un jour—ce qui aurait donné pour *record* à cette enfant 2 jours 17 heures. En effet, ce jour là, la canule fut effectivement retirée et gardée hors de la plaie de 9 heures du matin à 6 heures du soir, et l'enfant articula et *parla haut*, et elle put tirer des sons de ce petit instrument à anches dont les enfants raffolent et que les Anglais appellent *mouth-harmonica*. Voilà un petit expédient de rien, qui ne vaut guère la peine qu'on en parle, et qui pourtant m'a rendu de tels services que je le regarde dans chaque cas comme l'épreuve critique. Un opéré à qui j'enlève son tube, peut-il tirer des sons de son *harmonica*, surtout le peut-il à l'*inspiration* comme à l'*expiration*, quand bien même il ne pourrait pas parler fort ni s'exprimer intelligiblement, cela règle la question, la canule n'est jamais remise. Pas un malade subissant avec succès cette épreuve n'a encore failli à me donner raison.

En ce qui concerne le traitement, le sérum ne me fit pas déroger de ma pratique antérieure; l'enfant fut mise à la quinine et au fer; la plaie fut pansée avec un onguent d'acide salicylique et d'oxide de zinc, une forte éponge imbibée d'une solution étendue d'acide carbolique fut maintenue en permanence sur la canule avec ordre de la renouveler fréquemment; et une préparation de pepsine végétale en glycérolé faiblement acidifiée tenue pour le moins prête à servir, au moyen d'un pulvérisateur, à désobstruer la canule, s'il y avait lieu—il n'en fut jamais fait usage. La petite malade se hâta d'entrer en convalescence, elle fit une guérison complète, parfaite, sans complication ni suites d'aucune sorte.

Nous avions deux autres enfants, plus âgés, ils ne furent pas immunisés—et pour cause! Tous deux prirent la diphtérie, cas légers tous deux, et guéris par les mesures ordinaires.

Obs. II.—Charlotte May P., 17 mois.

Le 19 Sept. 1895, cou enflé à gauche; amygdales, surtout la gauche, pharynx et fosses nasales postérieures. Sérum-Gibier, 1000 unités, 36 heures après début. Le 20 Sept., malade plus éveillée, fièvre moindre, exsudats toutefois plus étendus. 2e injection de sérum, 300 unités, 24 heures après la 1ère. Le 21 Sept., couennes se désagrégant, exfoliation rapide. Le 22 Sept., enfant bien. Pas de suite.

Obs. III.—Florence P., 5 ans, sœur de la précédente.

Le 19 Sept., apparemment bien, gorge saine, immunisée avec sérum-Gibier, 200 unités. Le 20 Sept., fièvre légère, avec exsudat de la grosseur d'un grain d'orge sur le bord supérieur de l'amygdale droite, sérum-Gibier, 1000 unités, 12 à 16 heures après le premier trouble constitutionnel. Le 21 Sept., température normale, pouls normal, exsudat disparu, malade bien.

Deux semaines plus tard, cette enfant est prise de fièvre avec diarrhée et elle fait trois septennaires de maladie, beaucoup à la façon d'une dothiéntérie, avec complication du côté des bronches, mais sans taches lenticulaires ni tympanisme. A l'examen, l'urine ne cesse pas d'être normale. Il y a du délire la nuit, mais aucune altération névropathique, ni aucun phénomène de parésie. La conclusion a semblé s'imposer que les deux maladies étaient distinctes, même s'il faut admettre notre incompétence à fixer la pathologie propre de la seconde.

Obs. IV — (Cas de trachéotomie).

Ernest S., 5 ans 3 mois, patient du Dr Montmarquet.

Le 1er Nov. 1895, 11 hrs du matin, trachéotomie suivie sur le champ d'une injection d'antitoxine Gibier, 1200 unités; 10 heures plus tard, 2e injection de 1300 unités du même sérum. La maladie date de 2 semaines, avec une période d'amélioration qui cesse à l'apparition, il y a 4 jours, des symptômes laryngés. Vu hier pour la première fois par mon confrère, l'enfant accuse déjà beaucoup de gêne respiratoire; la sténose dure donc depuis au moins 24 heures; elle est maintenant presque absolue. Les amygdales sont nettes, mais on aperçoit au fond du pharynx des débris de membranes, et une décharge ichoreuse s'échappe du nez. L'enfant est anémique, émacié, avec grande dépression des forces vitales.

Le 2 Nov., bonne nuit. La canule a exigé peu de soin. Condition satisfaisante, si ce n'est que le malade, qui a uriné sur la table pendant l'opération, n'a pas uriné depuis (22 heures). On ordonne cataplasmes de graine de lin et de feuilles de digitale, plus 10 gouttes de teinture de digitale à l'intérieur, à toutes les 4 heures. 10 heures du soir, il a uriné plusieurs fois, et la condition est si bonne qu'il n'est pas jugé à propos de répéter le sérum. Le 3 Nov., état surprenant. C'est à manger qu'il veut. Au cours du pansement, on entend de l'air passer le long de la canule et bruire dans les cordes vocales. Hier, en retirant la canule, mon confrère a dégagé un débris de membrane grand comme l'ongle. Le 4 Nov., 10 hrs., appareil enlevé pour une heure, l'enfant prononce quelques mots à voix haute. 10 hrs. du soir, appareil retiré, puis remis après une heure. Le 5 Nov., appareil enlevé définitivement 3 jours 22 heures après son insertion. C'a été une erreur de ne pas enlever la canule pour tout de bon dès hier matin, quand l'enfant parla haut, d'autant plus qu'il parvint dans cette séance à tirer quelques sons de l'harmonica, ce qui lui avait valu un record de 2 jours 22 heures. Aussitôt habillé, aussitôt hors du lit, marche, tourne, n'en peut faire assez pour exprimer sa joie. La convalescence n'offre rien de particulier, si ce n'est une trop forte fièvre qui dure deux jours et qui relève d'un érythème généralisé et véritablement féroce.

Obs. V.—Roméo S., 10 ans, frère du précédent et comme lui patient du Dr M.

Le 1er Nov. 1895, déjà malade deux jours quand Ernest est opéré, mais n'est traité au sérum que le lendemain, car pour ce sérum il nous faut télégraphier à l'Institut Pasteur de New-York. Reçoit donc 1800 unités d'antitoxine Gibier, 3 jours pleins après la 1ère intimation du mal. L'amygdale droite offre une grande plaque, de même que la paroi postérieure du pharynx, le nez coule, il y a des deux côtés empatement parotidien considérable, la voix est embarrassée et le langage épais. Le 3 Nov., la large plaque tonsillaire se détache sur tout le rebord, se ratatine et se roule; l'engorgement glandulaire est déjà moindre; pas de fièvre. Le 4 Nov., il ne reste plus qu'un petit débris au centre de l'amygdale; parotides presque revenues à leur grosseur ordinaire; son de voix naturel; enfant pratiquement bien.

Il convient maintenant de remarquer que la maladie n'avait pas débuté ici par ces deux cas, mais par un frère plus jeune, âgé de 3 ans, Hilaire, et que ce dernier leur passa fraternellement l'infection, à Ernest dans les 8 jours, à Roméo dans une autre huitaine. Vu la bénignité de son cas et son entrée en convalescence, et le fait que nous n'étions pas riche en sérum, et que d'ailleurs nous étions bien aise de l'avoir pour témoin, Hilaire ne fut traité que par les moyens ordinaires. Il s'est réchappé et il trotte partout, mais on s'aperçoit que les glandes cervicales ont été envahies, car, à cette date, après trois semaines, elles sont encore très larges, ce qui contraste d'une manière frappante avec Roméo dont les engorgements glandulaires si considérables sont tout disparus.

De fait, malade le premier, Hilaire sera après tout le dernier à guérir tout à fait.

Que ces deux cas aient été pour nous la source d'une satisfaction peu ordinaire et de nature à nous attacher à la nouvelle médication, dans un temps surtout où la sérothérapie, en dehors de nos propres essais, était encore à l'état... latent autour de nous, il est peu nécessaire de l'affirmer. Et la victoire nous paraissait d'autant plus précieuse que nous avions combattu au milieu des conditions les plus ingrates. La pauvreté et le manque absolu d'hygiène se donnaient la main : logis de cinq pièces, à bien dire de quatre (la meilleure trop froide pour en faire usage, peu éclairées, pas de soleil, mal ventilées, le reste à l'avenant ; deux jeunes ménages, soit quatre grandes personnes, cinq enfants, dont deux au sein ; l'un, bébé de 3 semaines, et l'autre de 3 mois et demi. Immunisés tous deux, le plus jeune recevant 200 unités, l'autre 400 ; doses assez raides, qui sans doute les préservèrent, car l'un et l'autre résistèrent exposés à la contagion sans en souffrir.

Un compte-rendu beaucoup plus détaillé de ces deux cas a été publié dans *L'Union Médicale*, février 1896, avec fac simile du Tracé de la température et du pouls, etc., etc. En rédigeant ces notes, nous avons emprunté à cet article, en le résumant.

Obs. VI.—Caroline M., 2 ans.

Le 24 Mars 1896 ; malade 12 heures. Amygdales, glandes infiltrées. Nez coule. Antitoxine Gibier, 1000 unités. Le 25 Mars, pas de changement, ni mieux ni plus mal, peut-être moins fiévreuse. Le 26 Mars, débris de coennes sur les amygdales, glandes moins infiltrées, décharge nasale non améliorée. Le 27 Mars, très peu de changement, empâtement à droite moindre, à gauche comme avant, respiration nasale très laborieuse, pas d'excoriations. Le 28 Mars, amélioration marquée. Le 31 Mars, pas si bien, par suite de la fièvre *séreuse* ; éruption en pointillé fin entremêlé de quelques grandes bouffissures. Le 2 Avril, quelque difficulté à avaler, par condition parétique des muscles pharyngiens. Avec le temps, ceci disparaît entièrement. L'analyse des urines répétée plusieurs fois n'a jamais manqué d'être normale.

Cette enfant était bien délicate—souvent malade, et toujours malade. Ses deux frères sont comme elle. Ils ont en commun reçu pour héritage, tant du père que de la mère, une santé chétive. Le premier-né de cette famille mourut du croup diphtéritique. Voyant leur fille atteinte, les parents ne s'attendaient plus qu'à la voir mourir ; ils en étaient à moitié fous de peur et de chagrin. De fait, au début, le cas ne donnait guère à espérer. Plus d'un n'hésiterait pas à affirmer que cette guérison fut l'œuvre du sérum.

Les deux frères furent immunisés : Donald, 5 ans 6 mois, 300 unités ; John Rossie, 3 ans 8 mois, 200 unités. Ce dernier, durant sa première enfance, fut sous mes soins, un an et plus, pour des attaques répétées de laryngite spasmodique. Il avait plus de deux ans quand il commença à marcher. Pendant longtemps il fut tout en tête ; vous vous attendiez à le voir passer à l'hydrocéphale. Ni l'un ni l'autre ne s'absentèrent du logis, ni même ne s'éloignèrent du salon où l'on avait monté le lit de la petite sœur ; de fait, ils montaient dessus à chaque instant pour jouer avec elle ; ils ne furent pas malades. John R., cependant, eut une urticaire désastreuse qui le couvrit par deux fois, la dernière de la tête aux pieds. lui bouchant les yeux, et cela aussi tard que le 12<sup>e</sup> jour.

Quoi qu'il en soit de cette heureuse guérison de Caroline M., son histoire diphtérique a un second et fâcheux chapitre. Au bout d'un an, elle revient comme sujet de l'Obs. LXI, et son frère John R. comme Obs. LXII. Lui, bien que croupé, parvient à guérir, mais elle succombe en dépit du sérum.

Obs. VII.—(Cas de tubage).

Alphonse F., 3 ans 4 mois, patient du Dr Bell.

Le 12 Avril 1896; toux légère depuis 2 semaines; décidément enroué depuis 4 jours; très croupé et jappant il y a 3 jours quand le Dr Bell est appelé; respiration sifflante depuis les dernières 24 heures. La nuit dernière, à minuit et demi, rejet en toussant d'un grand moule, long de 3 8/10 centimètres, et d'un calibre parfait de 7 millimètres de diamètre. C'est notre regret que ce splendide spécimen pathologique n'ait pas été conservé. Mon confrère crut l'enfant sauvé. Mais, par degré, la dyspnée revint et continua de progresser. 8 heures du soir. tirage excessif, pas de murmure vésiculaire. Les parents, la mère surtout, font une opposition invincible à l'intervention sanglante. Après de longs discours, ils consentent au tubage. Donc, à 8 1/2 heures, aidé de messieurs les Drs Bell et Montmarquet, *tubage*, suivi immédiatement d'une injection de sérum Roux, 4000 unités. Vapeurs à la chaux. Pas de vives, surtout pas de breuvages, excepté de lui mouiller les lèvres. Lavement alimentaire, eau et lait, parties égales, de 2 en 2 heures. Le Dr Bell verra le malade à toutes les heures de façon à organiser une surveillance presque constante.

Le 13 Avril, 9 heures du matin, nuit passable; le tube ne s'est pas obstrué. Respiration régulière et profonde, avec râles muqueux, sonores, quelquefois sibilants, et quelques crépitations. Le teint a une couleur bleuâtre. 3 heures, moins de râles, surtout du caractère crépitant. Respiration tubaire bonne et douce. Couleur rosée, très vive aux lèvres. Décidément amélioré—mais soif brûlante. L'enfant montre le robinet, implore, se débat avec fureur. Conseille bain à la cuvette d'une demi-heure, répété à toutes les 2 heures. 9 heures du soir, a joui du bain; soif apaisée; figure moins enflée; dort bien; respiration bonne; P. 120. 2e injection de sérum Roux, 2000 unités, 24 heures après la 1ère.

Le 14 Avril, 10 heures du matin, P. 116. Bonne nuit, bon sommeil, bonne respiration tubaire, respiration profonde, 30 à 36 à la minute. Aime ses bains. 5 heures, il y aura bientôt 2 jours que le tube est en place. Il est retiré; mais en moins d'une demi-heure l'enfant devient cyanotique, et le tube est remis. Bientôt respiration douce, tranquille et profonde, et teinte rose de la peau revenue. 3e injection du sérum Roux. 2000 unités, 21 heures après la 2e.

Le 15 Avril, 10 heures du matin, nuit tranquille, respiration silencieuse, poumons partout libres. P. 104—112, condition vraiment bonne, mais l'enfant a perdu toute ambition, il est si faible, et il se refuse maintenant à continuer ses bains. Par bonheur, les lavements alimentaires sont toujours bien tolérés. *Voilà 61 heures que ni une goutte d'eau ni une particule de verre n'ont passé les lèvres de ce malade.* On suggère un aliment demi solide, tel qu'un flan d'œufs et de lait. 9 heures du soir, a consenti à prendre très peu. P. 106.

Le 16 Avril, 10 heures du matin, bonne nuit, P. 106, Res. 30, poumons libres. Flan aux œufs et blanc mange. 3 heures, s'est amusé à marcher dans l'appartement.

Le 17 Avril, 10 heures, a dormi presque toute la nuit, a mangé un peu de custard. P. 116. R. 30. 9 heures du soir, irritable ce matin, il est ce soir bourru et inabordable.

Le 18 Avril, 10 heures, a dormi toute la nuit, a mangé du pain beurré et bu de l'eau et du lait, mais non sans de terribles accès de toux. Cela toutefois ne le rebute pas, tant il enrage. 9 heures du soir, la meilleure journée!—Pour la première fois, l'urine est albumineuse, entre 1 et 2.070; elle est neutre, avec

g. s. 1012, et contient des cellules rondes, quelques corpuscules sanguins dentelés et des masses de cristaux hérissés d'azote de soude. Pas de tubules.

Le 19 Avril, 10 heures. *Tube enlevé 6 jours 14 heures depuis sa première introduction.* 3 heures, va bien, 9 heures du soir, va mieux.

Le 20 Avril, 9 heures, urine rare, brouillée, laiteuse, demi-solide. Avale bien les solides, mais difficilement les liquides, qui le font étouffer. Insiste, comme d'urgence, sur l'administration fréquente et abondante du lait *per orem et per rectum.* 9 heures, en a pris, mais avec beaucoup de difficulté.

Le 21 Avril, 9 heures, n'a pas uriné depuis hier après-midi de bonne heure (19 à 20 heures). Cataplasme de digitale et de graine de lin autour de la taille, teinture de digitale et acétate de potasse à l'intérieur. Déglutition encore fort pénible, mais pouvant s'effectuer.

Le 22 Avril, 9 heures, difficulté de déglutition décidément moindre, a pris du lait en bonne quantité. L'urine s'est augmentée et éclaircie d'emblée, est acide et sans albumine.

Le 24 Avril, urino parfaitement limpide; pas d'albumine. Déglutition en approchant normale.

Comme on le voit, du moment que cet enfant est tubé, il y a suspension de tout traitement. A l'encontre de tous les cas ici rapportés, moins un autre, ni mercure, ni quinine, ni fer, ni stimulants, ni rien, si ce n'est le sérum, mais celui-ci, bien entendu, à doses héroïques, 8000 unités en 45 heures! Vous remarquez aussi le jeûne terrible auquel cet enfant a été soumis, 61 heures sans rien prendre! Nous voulions le conduire par là au-delà de cette période d'évolution de la maladie, période inflammatoire pendant laquelle les parties affectées sont très sensibles et plus sujettes à se gonfler (soit œdème soit exsudats). Nous voulions aussi le faire échapper aux dangers d'empoisonnement septique par substances étrangères, dangers plus grands à la période d'état du mal, quand les lésions locales semblent ouvrir toutes les portes à l'infection. Et nous avions de bonnes raisons pour instituer ce régime draconien; il nous répugnait tant d'intuber, nous avions eu dans le passé si mauvaise chance, celui-ci ferait et s'en irait comme les autres. J'aime donc à croire qu'il doit sa vie à ces extrêmes précautions. Mais, sans conteste, il faut aussi lui accorder d'avoir été un de ces petits Canadiens, robustes, endurcis, faits d'acier, que rien ne peut tuer—et... ne l'oublions pas! par-dessus tout, peut-être, d'avoir été un septième, décoré pour ce fait authentique, par tout le voisinage, du nom de *Doc!* Or *Doc.*, puisque 7e, avait des frères: plus vieux que lui, il en restait 3, William 11 ans, Edouard, 9 ans, Charles, 7 ans, et un Benjamin du nom d'Alfred, 16 mois—des noms peu bibliques comme on voit! Les parents étant antipathiques à tout ce qui, de près ou de loin, se rapprochait d'une opération, et l'administration du sérum y confinant, pas un ne fut immunisé, pas un ne fut malade. Il est vrai qu'étant dans la belle saison, on les tint dehors tout le temps et qu'on les satura ainsi de bonne hygiène.

Obs. VIII.—Mary Alice S., 4 ans.

Le 29 Avril 1896, malade 2 jours, couennes sur les 2 amygdales. Sérum Gibier. 1200 unités. Le 30 Avril, moins fiévreuse, couennes se déformant. 2e injection. 1200 unités, 24 heures après la première. Le 1er Mai, fièvre disparue; quelques débris. Le 2 Mai, gorge nette, rose pâle. Bien.

Obs. IX.—Katie S., 6 ans, sœur de la précédente.

Le 29 Avril 1896, malade 1 jour. Couenne sur amygdale gauche. Sérum

Gibier, 1300 unités. Le 30 Avril, pas de fièvre; gorge dans le même état. 2e injection, 1200 unités, 24 heures après la première. Le 1er Mai, gorge nette, saine. Enfant bien

Vues l'une et l'autre plus tard; sont demeurées bien; pas de suites.

Obs. X.—Clara-Belle R., 3 ans, patiente du Dr Montmarquet.

Le 29 Mai 1896, vue en consultation à 11 heures du soir. On s'attend à sa mort d'un moment à l'autre. Dyspnée alarmante, non par sténose, mais par réplétion du pharynx. En essayant d'y voir, l'enfant est presque étouffée et finalement parvient à rejeter une membrane résistante de 2 centimètres par 3½. Les parotides et les glandes cervicales sont prises et ne forment qu'une masse qui se perd dans l'infiltration du tissu cellulaire avoisinant. Les narines sont excoriées. On entend des râles par toute la poitrine. La maladie est au moins dans son 4e jour; l'embarras respiratoire dure depuis 24 heures. 2000 unités de sérum Gibier sont injectées sur l'heure, tout en faisant la remarque que cela ne va rencontrer que la moitié de la demande. Ce serait un cas pour l'infection double, le streptocoque est sur la trace du bacille Lœffler, si déjà il ne l'a pas dépassé; ces glandes et ces poumons le démontrent. Parviendrait-on à juguler l'infection primaire, on n'aurait encore fait que la moitié de l'ouvrage, et cette infection faillissant à tuer, l'infection secondaire est sûre d'y réussir. Cette facile prophétie ne manque pas de se réaliser. En 10 jours, bien qu'une 2de injection de sérum ait été pratiquée 16 heures après la première, bien que la diphtérie ait été dominée et que la gorge se soit nettoyée, bien que l'enfant ait donné dans les premiers jours des signes de récupération, elle finit par s'éteindre dans une toxémie irréparable ou comme le font les cas d'infection septique profonde.

Obs. XI.—Délia R., 11 ans, sa sœur, patiente du Dr Montmarquet.

Le 30 Mai 1896, reçoit 2000 unités de sérum Roux, 12 heures après le début. Simple amygdalite infectieuse (bacilles longs enchevêtrés). Malade 3 jours. Guérison parfaite.

Immunisés: Florence, 9 mois, 400 unités; Henri, 6 ans, 600 unités; John, 9 ans, 600 unités. Restent bien.

Obs. XII.—Bessie A., 12 ans, nièce et patiente du Dr Archibold.

Le 21 Juin 1896. 11 heures du matin, malade 3 jours. Sérum Roux, 2000 unités. Condition: amygdales et piliers couverts; fosses nasales, pharynx postérieur et larynx libres; poumons sains, cœur bon, estomac bon. P. 130, T. 103, 9 heures du soir, P. 120, T. 102½.

Le 22 Juin, 11 heures, 2e injection de sérum Roux, 2000 unités, 24 heures après la 1ère. Progrès de la maladie apparemment en arrêt. P. 110-116, T. 100½. 9 heures du soir, P. 96, T. 100.—Le 23 Juin, quelques légers fragments sur les amygdales, P. 80, T. 98½. Convalescence ininterrompue.

Il y a quatre ans (juillet 1892), cette enfant passe, sous mes soins, par une attaque de diphtérie, en tout semblable à la présente, caractère, sévérité et étendue des lésions; sa maladie eut à peu près la même durée, et elle reçut le même traitement, moins le sérum bien entendu: quinine, fer, chlorate de potasse à l'intérieur; pulvérisations au bichlorure et à la pepsine végétale localement. On peut affirmer que, cette fois-ci, au moins, grâce au sérum, nous n'eûmes aucune inquiétude, et qu'en voyant avec quelle rapidité le pouls et la température descendaient, il n'y eut plus, dès le deuxième jour, de doute dans notre esprit sur le résultat final.

Avec l'observation suivante, commencent nos cas d'épidémie.

Obs. XIII.—David-B. D., 2 ans 8 mois.

Le 3 Sept. 1896, 10 heures, malade 22 heures; se plaint d'abord d'avoir un caillon dans la gorge et parut lourd, accablé. Ce matin, sa mère aperçut des couennes; elles couvrent les amygdales, la luette et les piliers postérieurs. Antitoxine Gibier, 1200 unités. Quinine, fer et chlorate de potasse.

Le 4 Sept., 10 heures, les membranes ont gagné le pharynx; elles sont noircies par le fer, sales et d'odeur putride. Plusieurs glandes cervicales sont enflées, mais non en masse, pas d'infiltration diffuse. État général bon, bien que l'enfant refuse sa nourriture. Antitoxine Gibier, 1100 unités, 24 heures après la première injection.

Le 5 Sept., membranes en désintégration, dispositions meilleures, P. 120.

Le 6 Sept., couenne grandeur du petit ongle sur amygdale droite; fragments ci et là; glandes réduites. amélioration marquée, a dormi toute la nuit.

Le 7 Sept., gorge nette. Toux et râles bronchiques. Muriate d'ammoniaque.

Le 9 Sept., toux en déclin. Erythème autour du tronc.

Le 10 Sept., érythème généralisé. D'ailleurs, bien.

Immunisée (Sept. 3, Elizabeth, 2 mois 16 jours, antitoxine Gibier, 200 unités. Erythème au siège de la piqure le 10. D'ailleurs, reste indemne.

Obs. XIV.—Willie M., 6 ans 5 mois.

Le 3 Oct. 1896, malade et se plaignant de sa gorge hier soir; cependant dehors et à jouer ce matin; fièvre chaude sur le midi; vu à 5 heures, gorge rouge avec mucosités comme dans un état catharral, pas un exsudat, P. 120.

Le 4 Oct., 9 heures, couenne assez large sur amygdale gauche, qui est gonflée et sentie au dehors; voix embarrassée. P. 120. Antitoxine Roux, 2000 unités, 36 heures après la 1ère fièvre, mais moins de 16 heures après la localisation de la maladie. Quinine, fer, chlorate de potasse. 9 heures du soir, P. 110.

Le 5 Oct., 9 heures, couennes se roulant en cornet sur les bords. P. 94. 9 heures du soir, gorge nettoyée, excepté l'amygdale gauche où l'exsudat n'est plus que moitié de ce qu'il était. Malade enjoué et affamé; P. 96.

Le 6 Oct., 9 heures, couenne encore réduite de moitié et ratatinée. Gorge nette et saine d'apparence partout ailleurs. Décharge nasale, plutôt catharrale que sanieuse. P. 88.

Le 7 Oct. Erythème n'intéressant que le tronc et qui disparaît le lendemain.

Le 9 Oct., urine normale. Malade bien.

Obs. XV.—(Cas de trachéotomie).

Franklin William K., 2 ans 4 mois, patient du Dr Ross.

Le 8 Oct. 1896, 8 heures du matin, trachéotomie; 9 heures antitoxine Gibier, 1800 unités. Immunisés: Frances Emilia, 7 ans, 250 unités; Charles Pierce, 13 ans, 300 unités. Nous pouvons établir avec certitude que ce trachéé est dans le 12e jour de sa diphtérie et le 3e de son croup, car le 26 Sept. sa mère remarqua une grande rudesse dans son timbre de voix, qui cependant disparut, pour revenir le 5 Oct.; de ce moment, l'enfant est ouvertement croupeux, il jappe. Le 6 Oct., la respiration devient laborieuse; elle ne cesse plus de l'être depuis, au contraire ce caractère va en s'aggravant. État actuel: gorge nette partout, à l'exception d'un tout petit fragment au centre de l'amygdale droite; pas d'hypertrophie glandulaire; pas de décharge nasale, il y en a eu au début quand on remarqua le premier enrouement. Après l'insertion de la canule, plusieurs morceaux de membrane—un long de  $1\frac{1}{2}$  centimètre—apparaissant dans la canule à chaque effort de toux; on parvient à les saisir et à les déloger. Le forceps Collins est même introduit dans ce but à travers la canule jusqu'au-delà de l'appareil, et enfin la respiration devient libre et facile.—3 heures, état satisfaisant, l'enfant a pris un peu de lait et beaucoup d'eau, il a beaucoup dormi, et il a bonne couleur, il respire sans bruit. 9 heures du soir, la canule s'est obstruée une fois; on l'a débarrassée en se servant du pulvérisateur.

Le 9 Oct., 9 heures du matin; nuit passable, la canule a exigé beaucoup

de soin, une fois elle s'est bouchée et ce n'est qu'après beaucoup de difficulté qu'on en a délogé une membrane mesurant 3 centimètres. Au moment présent, la respiration est gênée, pénible et d'une grande rudesse. L'enfant a cependant bonne couleur, un peu blême, il n'a ni vivacité ni enjouement. On enlève l'appareil, nettoie la plaie, fait usage du pulvérisateur. Quand la canule est remise en place, la respiration reste encore rugueuse. 2e injection de sérum (sérum Roux, cette fois), 2000 unités, 24 heures après la première. 3 heures, respiration depuis une heure très entravée, sténose marquée, lèvres cyanosées, oreilles couleur de cire. Appareil enlevé afin de saisir, s'il y a moyen, le lambeau que l'on entend battre. Enfin, une couenne large et longue (4 centimètres) est sortie de la partie inférieure de la trachée. On en espère un grand soulagement. Il n'en est rien. Les voies respiratoires sont donc en toute probabilité tamponnées plus bas par quelque revêtement épais et à moitié détaché. On a recours à la dilatation de la plaie trachéale au moyen du forceps Trousseau, on glisse les pinces exploratrices jusqu'à la bifurcation et au delà, dilatant et cherchant à droite et à gauche alternativement. Puis l'appareil est remis, et l'on remarque que le patient, grandement épuisé, est à peine soulagé de sa dyspnée. Pour le ranimer, administration libérale de lait et d'eau-de-vie. Depuis l'opération, on avait tenu l'air de la chambre chargé de vapeurs à la chaux. On construit maintenant une tente afin d'y sublimer du calomel, puis remplace ces vapeurs sèche par de nouvelles vapeurs humides et carbolisées. C'est en vain qu'on a espéré par ces divers moyens ramollir et détacher les exsudats et soulager la respiration. A partir de 9 heures, l'état du malade empire rapidement, et la sténose et le tirage deviennent graduellement aussi sévères que s'il n'y avait pas de tube. Il succombe à 3 heures du matin, 1 jour 19 heures après la trachéotomie, par propagation des membranes aux bronches.

Obs. XVI.— (Laryngé, non opéré).

Omer D., 22 mois. Vu à 9 heures du matin, le 19 octobre 1896, dans son 3e jour de maladie, et 24 heures après l'enlèvement du larynx. Croupé hier, il se tenait cependant debout et marchait. Les deux amygdales, surtout la droite, sont couvertes d'exsudats épais, ainsi que le pharynx; le nez est rempli (il l'a été dès le début, au dire de la mère); chaque respiration est un râle rauque, qui se convertit en un jappement bruyant à chaque quinte de toux; entre chaque accès, assoupissement pesant; peau de teinte bleuâtre. Très bel enfant. Antitoxine Roux, 3600 unités. Fomentations chaudes sur la gorge. Vapeurs à la chaux. Doses fractionnées de calomel à toutes les heures. 5 heures. État stationnaire, sommeil à peu près continu; cependant pas encore de tirage marqué. 9 heures du soir, antitoxine Roux, 2000 unités.

Le 20 Oct., 9 heures, enfant livide, plus accablé, mais ayant encore sa connaissance. Dyspnée et tirage arrivés au point où il convient d'intervenir; opération (soit trachéotomie, soit tubage) déclinée. L'enfant meurt à 7 heures du soir, 34 heures après le commencement du traitement, 58 heures après le début du croup.

Exposés et immunisés. 5 : Zéphirin, 4 ans 6 mois, 400 unités; Armand, 7 ans, 400 unités; Adéard, 9 ans, 400 unités; Florina, 10 ans, 400 unités; Clara, 14 ans, 500 unités. Tous échappent.

A ce point, nous eûmes un répit de dix jours, mais pour retomber, avec recrudescence, dans une véritable colonie; toute une famille, moins le père. Eût-on éprouvé le désir d'illustrer la différence frappante qu'il y a entre l'administration précoce et l'administration tardive de sérum, et, pour ce faire, de grouper ensemble un certain nombre de cas placés dans des conditions identiques, on n'aurait pas pu être servi plus à souhait. Cas légers et sévères, simples ou compliqués, s'en allant vers la mort ou la guérison, et rencontrant en

tout votre attente ; tels nous les ont fournis cette mère et ses quatre enfants. Nous allons les décrire dans l'ordre qu'ils se sont présentés, qui est aussi l'ordre de leur importance.

Obs. XVII.—Clarence D., 4 ans.

Le 29 Oct. 1896, 11 heures, malade 3½ jours. Arrière partie de la voûte du palais sur une étendue de 2 centimètres, luette, amygdale, piliers, pharynx, tout cela ne forme qu'une masse putride ; la luette paraît de la grosseur du pouce. Le cou est plein des deux côtés par infiltration du tissu cellulaire aussi bien que des glandes. Difficulté extrême à respirer, non par sténose laryngée ; il n'y a pas de discussion, la glotte est libre. Antitoxine Gibier, 1200 unités. Quinine, *fer*. Pas d'applications locales ; pas même de pulvérisations, enfant trop irritable.

Le 30 Oct., 11 heures, gorgo dans le même état, plus sale. Alimentation accomplie avec la plus grande difficulté ; respiration fort embarrasée ; malade très agité. Antitoxine Roux, 1200 unités, 24 heures après la 1ère injection.

Le 31 Oct., 11 heures, surprise ! Malade éveillé, assis et fort occupé à manger un morceau de pain beurré. Couennes toutes disparues, laissant un fond grisâtre entremêlé d'espaces dénudés et rouges : luette réduite à ses proportions ordinaires.

Le 1er Nov., 11 heures, on a toutes les misères à le tenir au lit.

Le 10 Nov., anasarque générale, plus marquée à la figure. L'urine, qui est rare, contient à peu près 1 p. c. d'albumine et une quantité de tubules épithéliaux et granulaires (néphrite desquamative).

Le 11 Nov., quelques symptômes cérébraux, sortes d'attaques légères michoréiques, mi-éclamiques, plus marquées du côté droit, probablement urémiques, malgré que l'urine ait augmenté en quantité.

Le 12 Nov., urine encore plus abondante, pourcentage d'albumine le même, tubules nombreux. Malade paraît mieux, moins irritable, prend plus de lait qu'en aucun temps depuis sa rechute.

Le 13 Nov. Pas de différence notable dans l'état du malade jusqu'à tard dans la soirée. Le changement s'annonce par une convulsion bien marquée, après laquelle le côté droit lui reste sans mouvement durant plusieurs heures.

Le 14 Nov. La nuit qui s'en est suivie a été très agitée ; l'enfant est plus irritable que jamais, il paraît endolori par tout le corps, crie de crainte d'être remué, crie parce qu'on le regarde ou lui parle, son côté droit est sans le moindre doute plus faible et plus lent à se mouvoir.

Le 15 Nov., l'enfant a une autre convulsion, très sévère, et il est resté avec une hémiplegie droite complète.

Le 18 Nov., l'enfant meurt de paralysie cardiaque. Durant les dernières 24 heures, il a toussé beaucoup et les bronches se sont remplies par degré.

Obs. XVIII.—(Cas laryngé).

Jean-Baptiste D., 10½ mois.

Le 29 Oct., nous en étions à examiner Clarence ; de la chambre voisine nous arrive un rauque aboieusement, c'était ce bébé. La toux jappante était preuve assez claire que les cordes vocales étaient prises. Pas de sténose toutefois. Sur chaque amygdale, une petite mais très visible couenne. On a l'idée que le cas dure depuis 24 heures, et l'impression qu'il ne promet guère. Antitoxine Gibier, 1000 unités. A l'intérieur, faible solution de salpêtre et de sel volatil.

Le 30 Oct., les petites couennes sont encore là ; la voix a le même timbre, âpre et jappant, ni mieux ni plus mal, ce qui est déjà un gain. Antitoxine Roux, 1000 unités, 24 heures après la première injection.

Le 31 Oct., couennes disparues ; voix toujours jappante, toux rauque.

Le 1er Nov., la toux a perdu de sa rudesse, et elle est devenue plus grasse. Dans les jours qui suivent, ce changement s'accuse davantage, et bientôt l'enfant est bien.

Le 24 Nov., depuis 3 jours, l'enfant a à peine dormi une heure. Il tousse un peu. Il est chagrin, nerveux. Il refuse de prendre. Il a le palais au vif par tache, et ses gencives ont comme une apparence scorbutique. L'urine est rare et très haute en couleur. On parvient à s'en procurer, non sans stratagème, mais elle n'offre rien d'anormal; pas d'albumine. Quand il s'agit de faire la pathologie de cet état, on se sent indécis.

Le 27 Nov. Après tout, peut-être n'y a-t-il rien autre chose qu'une stomatite insignifiante; l'enfant prend du mieux.

Le 29 Nov., autre preuve de retour à la santé. Avant sa diphtérie, cet enfant avait la figure, surtout les joues et le sillon des oreilles, couverte d'eczéma. Ce rifice était disparu, il revient... et furieux.

Obs. XIX, Madame D., (la mère), 36 ans.

Le 29 Octobre, ne se croit pas malade; seulement sa gorge lui semble âcre; c'est du froid, dit-elle. Sur l'amygdale gauche, couenne plus grande que l'ongle de l'index. P. 100. Antitoxine Roux, 2000 unités.

Le 30 Octobre, la couenne a grandi, deux fois aussi grande, et descend maintenant jusqu'au bord inférieur de l'amygdale, mais elle donne en même temps des signes de désintégration, couleur, consistance, etc. Du reste, patiente se sent mieux; P. 80.

Le 31 Oct., couenne partie. État général laisse à désirer.

Le 1er Nov., serait tout à fait bien, sans la fatigue excessive qui lui revient de ses enfants.

Le 11 Nov., douleurs articulaires sévères, surtout survenant le soir. Ces douleurs durent 3 jours et cèdent à de fortes doses de quinine.

Obs. XX.—Albert D., 12 ans.

Le 29 Oct., immunisé avec sérum Gibier, 200 unités. Selon toute apparence en santé parfaite; gorge nette.

Le 30 Oct., a eu une grosse fièvre toute la nuit; maintenant, figure enluminée; petite couenne sur l'amygdale droite; glande enflée. Reçoit sérum Roux, 1600 unités, 24 heures après la dose immunisante, et beaucoup moins de 24 heures après les symptômes locaux.

Le 31 Oct., membrane disparue. Malade bien.

Rien à noter dans la suite.

Obs. XXI.—Marie D., 15 ans.

Le 29 Oct., immunisée avec 300 unités. sérum Gibier. Alors très bien.

Le 30 Oct., toujours très bien.

Le 31 Oct., apparemment bien; pouls et température. état normal, mais... sur l'amygdale droite, exsudat circonscrit, très visible. Vu l'absence de symptômes constitutionnels, on juge à propos de ne prescrire que le traitement à la quinine et au fer, sans répéter le sérum, dans l'attente que la dose reçue se montrera curative aussi bien que prophylactique.

Le 1er Nov., en effet, l'exsudat n'y est plus, et la malade est bien.

Le 11 Nov. Tout faible qu'ait été la dose de sérum employée (300 unités), notre malade se plaint—comme sa mère—de lassitude, de courbature générale et de douleurs articulaires. Chez l'une et l'autre ces manifestations rhumatoïdes semblent remplacer les éruptions cutanées habituelles, chez l'une et l'autre on prescrit la quinine, qui en a raison.

Si nous faisons une courte revue de ces cinq cas, quatre furent traités dans les premières 24 heures, et guérirent, même le hébé de moins de onze mois, tout croupé et mauvais cas qu'il fût. Quant à l'autre, traité malheureusement dans la quatrième journée de sa maladie, le sérum parvient à le retirer de sa diphtérie, mais il succombe plus tard aux post-altérations de cette maladie (métamorphose graisseuse des rognons et des centres nerveux).

Au cours de l'épidémie, nous n'avons connu qu'un autre cas de cette espèce, dans la pratique de monsieur le Dr Montmarquet : Sarah Ann D., âgée de 3 ans, et 5 mois. Je vis cette enfant en consultation, le 2 décembre. Elle était alors en néphrite aiguë. 18 jours auparavant, elle avait été traitée au sérum Roux, 2000 unités, dans le 3e jour de l'invasion de la maladie. Je la revis une seconde fois, 20 jours plus tard, le 22 décembre ; elle s'en allait de paralysie centrale. Il y avait 4 jours que cela avait débuté par de l'irritabilité ; le jour suivant, on s'aperçut qu'elle traînait les jambes en marchant, qu'elle marchait comme qui dirait tout d'un côté, avec la tête inclinée sur l'épaule, qu'elle avait une toux légère, que sa voix était nasillarde, qu'il y avait de la dysphagie ; le jour suivant, la toux avait augmenté, et il y eut commencement de strabisme ; ceci était transitoire, ce strabisme disparaissait et reparaisait ; il est, maintenant, très marqué, surtout de l'œil droit qui est tiré tout en dedans vers le caroncule, et les poumons sont à se remplir rapidement par œdème. Le cas semble nous offrir un tableau bien arrêté d'une dégénérescence étendue de la substance cérébrale, intéressant au premier chef le bulbe, le centre cardio-inhibitoire, l'origine du nerf vague, etc., etc.

Obs. XXII.—Clarke G., 5 ans

Le 1er Nov. 1896. Vu il y a une semaine pour ce qui nous parut être une amygdalite simple folliculaire, ne fut pas, pour cette raison, traité au sérum ; les petits exsudats ronds ne devinrent jamais convalescents ; aujourd'hui, il y en avait quelques-uns, le lendemain, ceux-là étaient disparus, il y en avait d'autres. L'enfant se rétablit : hier, il était parfaitement bien et sur la rue. Aujourd'hui, sur le midi, il est pris d'une grosse fièvre. Vu à 4 heures. Couennes plus étendues, plus grisâtres, et paraissant plus intimement liées aux tissus sous-jacents. Antitoxine Gibier. 1200 unités, évidemment moins de 24 heures du début.

Le 2 Nov., peu de fièvre, condition générale améliorée, deux couennes seulement.

Le 3 Nov., une très petite couenne à gauche. D'ailleurs, bien, affamé et enjoué.

Le 4 Nov., bien !

Le 10 Nov., érythème général, très sévère et souffrant.

Immunisées : Isabelle, 3 ans, Gibier, 200 unités ; Helen, 7 ans, 300 unités. Toutes deux devinrent bien, sauf un léger érythème. Cinq mois plus tard, cependant, Helen nous fournit l'Obs. LXVII.

Obs. XXIII —Jennie D., 11 ans

Le 17 Nov. 1896, malade 48 heures. Membranes sur les 2 amygdales. Narines légèrement excoriées. Antitoxine Gibier, 2000 unités. Chlorate de potasse, quinine et Tr. de fer. Chlorures (Platt) dilués sur, et pour, la bouche.

Le 18 Nov., membranes *in statu quo*. T. normale ; P. normal ; malade se dit bien.

Le 19 Nov., gorge nette, absolument. Le 20 Nov., malade guérie.

Immunisée : Rose, 15 ans, 400 unités ; sert de garde-malade, ne contracte rien.

Obs. XXIV.—Kate C., 15 ans, patiente du Dr Mitchell.

Le 19 et le 21 Nov., vue en consultation. Était déjà malade 5 jours quand on fit appeler mon confrère, à qui elle s'offrit alors avec une enflure relativement énorme du côté droit du cou, qui était raide et douloureux à ne pouvoir le toucher. Sur le champ, administration de 2000 unités, sérum Roux ; cette dose répétée au bout de 24 heures.

Quand nous la vîmes, ce cas nous créa une impression d'une infection double. L'enflure consistait en un empâtement uniforme recouvrant l'angle de la mâchoire et descendant dans le cou à plus de sa moitié. C'était une masse solide, les exsudats s'étant infiltrés dans tous les tissus et s'y étant comme organisés. On devait s'attendre à ce que cette masse passa à la suppuration. Le retentissement constitutionnel était si grand; l'action du cœur était faible et rapide; il y avait diarrhée, les urines donnaient de l'albumine, mais en faible quantité. La malade fit une guérison magnifique, y mettant à peu près quatre semaines. Comme de juste, au cours du traitement, il fut fait un usage très libéral des stimulants, alcooliques et diffusibles, de la quinine, du fer, et même de l'iode; ces mesures ne manquèrent pas d'apporter au sérum un appui très efficace, mais on se demande encore si, sans le sérum, cette enfant eut vécu.

Obs. XXV.—(Cas de trachéotomie).

Irène C., 2 ans 8 mois, patiente du Dr Bell.

Le 19 Nov. 1896. Il y a 2 semaines, toux croupée, qui disparut bientôt. L'enfant a l'habitude, nous dit-on, de tousser en croup quand elle prend du froid; cela lui serait arrivé plusieurs fois. 5 jours plus tard, retour du croup. C'était le soir surtout qu'elle jappait et paraissait pire. En aucun temps a-t-on pu découvrir des couennes dans la gorge. A l'heure même, elle est nette; pas un point. Les narines aussi sont nettes. La sténose est très marquée; a commencé hier soir. Le sternum et les espaces intercostaux s'enfoncent. Cyanose pas excessive. Sensorium libre. 11 heures, trachéotomie, suivie par 2000 unités, sérum Roux. Ce n'est pas une exagération que de placer cette injection 9 jours après les premiers symptômes et 16 heures après le début de la sténose. 5 heures, respiration très facile et douce; a reposé presque tout le temps; pas de température. 2de injection de sérum Roux, 1000 unités.

Le 20 Nov., 10 heures, P. 126, bonne nuit; a toussé beaucoup, rejetant par la canule de grandes quantités de flegme; respire maintenant avec beaucoup d'aise; ne prend guère de nourriture.

Le 21 Nov., 10 heures. P. 110, nuit excellente; mine éveillée; sécrétions si profuses qu'il y a nécessité de retirer et de nettoyer la canule après chaque accès de toux.

Le 22 Nov., 10 heures, P. 112, assise, souriante et enjouée. Appareil enlevé pour  $\frac{1}{2}$  heure. 2 heures de relevée, appareil enlevé une seconde fois, jusqu'à 11 heures de nuit. A la réintroduction, l'enfant fait de *hauts cris*.

Le 23 Nov., 10 heures, assise, heureuse. *Canule enlevée* définitivement 4 jours après son insertion. Dans l'après midi l'enfant parle à haute voix.

Le 24 Nov., assise, de fort bonne humeur, un peu pâle.

Le 25 Nov., 5 heures du soir, fiévreuse (!), elle qui ne l'a été ni avant ni depuis son opération. Cette fièvre vient du poumon; il y a beaucoup de râles. On ramène au premier plan la quinine et le fer qui avaient été à peu près discontinués, et l'on ajoute le muriate d'ammoniaque, solution faible et fréquemment répétée.

Le 26 Nov., 10 heures, assise de nouveau, aimable et enjouée. La fièvre est tombée, P. 100, peau moite et fraîche, râles très libres, toux détachée. Urine examinée plusieurs fois par mon confrère; toujours normale.

Le 17 Déc. Cicatrice bien formée. Encore un peu de pâleur; la convalescence n'a pas subi d'autre interruption.

Il s'en faudrait que la relation de ce cas fût complète si l'on ne se hâtait d'ajouter que, au moment où nous fûmes appelé dans cette maison, il y avait, au berceau, un bébé de 14 mois, Clarence, qui se mourait de broncho-pneumonie. Pendant que nous opérions sur Irène, il eut plusieurs convulsions. Il mourut une heure après notre départ. Ce fut une impression que nous avons gardée que ce cas, lui aussi, était de nature septique. La famille habitait à l'étage

supérieur d'une maison double, à trois étages. Au logis correspondant, il y avait eu de la diphtérie, plusieurs cas. Quarantaine problématique Pas d'immunisation Comme il restait encore—après le bébé mort et l'enfant opérée—quatre autres exposés : Rosie, 6 ans ; Grace, 7 ans ; Frank, 12 ans ; John, 13 ans ; ils furent cette fois immunisés, et le sérum les protégea. Il n'en fut pas ainsi de la mère. Non traitée au sérum, je la trouvai 3 semaines plus tard, le 17 Déc., au lit et se plaignant d'un *mal de gorge* qui l'avait rendue affreusement malade et l'avait fort altérée. Dix jours après cela, le 27 Déc., j'étais encore appelé, mais au second étage, directement en-dessous, pour l'enfant de Madame L., qui, elle-même, recouvrait d'une attaque excessivement sévère de ce qu'elle appelait ses "maux de gorge ordinaires." Seulement son fils—un cas à rapporter plus loin, Obs. XXXV—avait une diphtérie laryngée. Comme les gens de l'Obs. VI, elle fut prise d'une peur mortelle, car, elle aussi, elle avait, il y a des années (1888), perdu une enfant du croup, malgré le tubage. C'est l'un des cas auxquels il est fait allusion, l'un des trois cas d'intubation que ce procédé opératoire ne parvint pas à r échapper, même en des mains d'une habileté consommée.

Pour revenir à Irène C., la vérité m'oblige à dire que son histoire ne tient pas ici. Nous la ramènerons plus loin, Obs. LVII, comme cas laryngé, traité cette fois par le sérum plus à temps et avec meilleur résultat.

Obs. XXVI.—Loretta D., 12 ans.

Le 22 Nov. 1896, 9 heures, malade depuis hier soir—15 heures. A vomi toute la nuit, fièvre violente, tête lui feno. Sujette à de soi-disant attaques de bile et de mal de gorge. Pharynx, piliers postérieurs et moitié postérieure des amygdales ne forment qu'une plaque grisâtre uniforme. Sérum Roux, 2000 unités. Quinine, fer, chlorate de potasse et chlorures Platts.

Le 23 Nov., fièvre abattue. P. 80, exsudats plus épais, plus coriaces ; pas de terrain nouveau envahi : au contraire, délimitation mieux définie, comme si les couennes se séparaient sur les bords. Sérum Gibier, 1200 unités, 24 heures après la première dose.

Le 24 Nov., 9 heures, a dormi toute la nuit ; P. 78 : exsudats à peu près disparus, hormis quelques fragments sur amygdale droite.

Le 25 Nov., 9 heures, gorge absolument nette et saine.

Le 26 Nov., 9 heures, bien. P. 80. Urine normale.

Le 28 Nov., urine, trace légère d'albumine, pas de déponilles urinaires.

Le 29 Nov., érythème autour du tronc. A part cela, bien. Pas d'augmentation de l'albumine dans l'urine ; toutefois diète lactée absolue.

Le 1er Déc., érythème ortié et entremêlé d'immenses bouffissures, couvrant tout le corps, membres, figure, oreilles, front, cuir chevelu, avec démangeaison intense, insensée. Urine acide, gr. s. 1025, toujours faible, trace d'albumine, quelques moules.

Le 3 Déc., érythème et urticaire en régression. Trace d'albumine moindre.

Le 12 Déc. Ni albumine ni tubule.

Obs. XXVII.—(Cas de trachéotomie).

Mamie P., 4 ans 3 mois, patiente du Dr Archibold,

Le 30 Nov. 1896, vue par le docteur à 9 heures du soir ; déjà malade depuis deux jours. Sur le champ, sérum Roux, 3000 unités, et calomel 6 mgr. à toutes les  $\frac{1}{2}$  heures. Eau-de-vie, une cuillerée à thé à toutes les 2 heures dans du lait. Bien que debout et circulant, l'enfant donne, sur les deux amygdales, des exsudats en nappe et qui atteignent le côté droit de la luette ; la voix est croupée et il y a un peu de tirage. Pas de cyanose. P. 130.

Le 1er Déc., 9 heures, pas de changement. Sérum Roux, 1000 unités. 12 heures après la 1ère dose. Traitement continué. 4 heures, rétraction sternale et thoracique, cyanose marquée, transpiration profuse. lourdeur. P. 130. 6 heures, *trachéotomie*. La cyanose et le tirage étaient au maximum. Pas de murmure respiratoire. Etat de stupeur, voisin du coma. Gencives, dents et lèvres fuligineuses. 9 heures, respiration bien établie, 22. Couleur bonne. P. 108. Traitement changé du mercure à la quinine et au fer. Minuit, même état satisfaisant. Dans le cours de la soirée, de même qu'après l'opération, expulsion à travers la canule de décharges sanieuses en grande quantité et mêlées de débris de membranes.

Le 2 Déc., 9 heures, P. 120, R. 22, poumons libres, hormis quelques gros râles tubulaires. Etat très encourageant. 1 heure, action des intestins et miction pour la première fois depuis l'opération. 6 heures. P. 132. R. 32, figure vultueuse, sordés en voie de disparaître, écoulement nasal. Prend très bien vivres et remède. Durant le pansement, un morceau de couenne, 1 par 2 centimètres, est rejeté avec force. 11 heures du soir, P. 112. R. 22. Sommeil profond et long.

Le 3 Déc., 5 heures, dégagement d'un autre débris de même dimension. 9 heures, P. 120, vive coloration de la figure disparue, maintien naturel, bonne humeur, expression de contentement et disposition à sourire. Sécrétions très fluides et rejetées avec la plus grande facilité, si bien qu'il n'a pas été, une seule fois, fait usage de pulvérisations. 11 heures du soir, P. 116, R. 28, journée excellente d'un bout à l'autre.

Le 4 Déc., 9 heures, P. 116, R. 28, très bonne nuit, enjouée, souriante. Selle et urine : cette dernière sans albumine. Sécrétions très fluides, très profuses, et quelquefois, ce matin, sanguinolentes. Respiration très libre dans les deux poumons. On a entendu de l'air passer le long de la canule, et il y a eu *par la bouche expectoration de mucus*. 6 heures. P. 130, R. 40. 10 heures du soir, P. 120, R. 28, langue nette et humide. Expectoration excessive. Quelques crépitus fins à la base du poumon droit.

Le 5 Déc., 9 heures, P. 120, R. 36, sous-crépitations plutôt que crépitus fins dans les deux poumons, très libres; oxygénation parfaite; lèvres d'un rose brillant. 1 heure, *appareil enlevé après 3 jours 18 heures*. 6 heures, a joué de l'*harmonica, ins.* et *ex.*

Le 6 Déc., joue de la musique en grand, a parlé haut, est guérie.

On pourrait difficilement taire la satisfaction que nous éprouvâmes, le Dr Archibold et moi. Les observations IV et V—Ernest et Roméo P.—nous avaient bien créé l'impression qu'on ne pouvait jamais être placé dans des conditions plus désavantageuses : habitation malsaine, trop exigüe pour le nombre de gens qui s'y logeaient, mauvaise hygiène, pauvreté, intempérance... Mais si on tente une comparaison, vraiment, c'est un palais qu'ils habitaient, et ils étaient des modèles de propreté. Ici, le père, la mère et quatre enfants étaient empilés comme des sardines dans la seule pièce habitable (à raison du froid), la cuisine. Dans un coin, un berceau, un bébé de six semaines; sur la table à manger, la trachéotomisée, et là elle demeura jusqu'à ce qu'elle fut recouverte. Et que sale, sordide, déguenillé! Ce n'était plus pauvreté, c'était la misère noire. Parlez d'aseptie, d'antiseptie? Pas un chiffon de linge net pour s'essuyer les mains. Et, pour exécuter les ordonnances, deux êtres à la hauteur (!) de leur situation. Avec toute son énergique bonne volonté, mon confrère ne pouvait pas y passer tout son temps, et c'est nuit après nuit qu'on vit l'officier spécial, chargé de la surveillance de ce logis, laisser à sa consigne et entrer donner un coup de main. Un gardien de nuit transformé en infirmière brevetée, retirant et remettant la

canule, nettoyant les éponges, etc., cela ne se voit pas tous les jours ! Comme de raison, cette enfant eut une convalescence splendide, ni complications, ni phénomènes tardifs, ni rien ; comme elle avait exigé relativement moins de soins qu'aucun, elle se réchappa comme par enchantement. Il en fut ainsi de tout le lot ; la peste était sur eux, ils y restèrent exposés tout le temps, et tous l'évitèrent, grâce sans doute au sérum, qui ne leur fut pas ménagé : Catherine, 6 semaines, 200 unités ; Anasthasie, 2 ans, 600 unités ; Robert, 5 ans 2 mois, 1000 unités.

Obs. XXVIII.—Sarah Ann D., 3 ans 5 mois.

Patiente du Dr Montmarquet, dont il a été question à l'Obs. XVII, Clarence et famille D.

Obs. XXIX.—Mary D., sœur de Sarah Ann.

Le 2 Déc. 1896. vue avec le Dr Montmarquet. Immunisée le 16 Nov. avec 800 unités. sérum Roux. Huit jours plus tard, le 24 Nov., donne des signes évidents de diphtérie et reçoit une nouvelle et pleine dose de sérum Roux, à tout le moins dans les 12 heures du début. Guérie en 3 jours.

Obs. XXX.—William K., 7 ans 8 mois.

Le 10 Déc. 1896, 5 heures de relevée. Indisposé depuis deux jours ; douleur à la tête, à la nuque et à la poitrine. Fiévreux hier après midi ; mains et pieds gelés. Mal de gorge ce matin. Présentement, pas encore de dépôts, mais une apparence perlée des amygdales, de la droite surtout, des piliers et de fond de gosier. Glandes cervicales prises, mais sans infiltration du tissu cellulaire environnant. Irritation superficielle des narines, la droite coule. T. 103.4. P. 130. Sérum Roux, 2000 unités, 48 heures après les premiers prodromes, 9 à 9 heures après les premiers symptômes du côté de la gorge.

Le 11 Déc., 9 heures. Nuit agitée, s'est beaucoup plaint de la piqure. Dépôts maintenant très visibles, mais limités aux amygdales. T. 99.3. P. 90. 6 heures du soir. dépôt, disparu du côté gauche, rapetissé à droite et se relevant sur le bord.

Le 12 Déc., 9 heures. Gorge nette, absolument. T 98.2. P. 80.

Le 13 Déc., 9 heures. Gorge rose, saine. T. 98. P. 80. Urine examinée fréquemment durant et après la maladie—toujours normale.

Immunisés : Raymond, 2 ans, sérum Gibier, 400 unités ; Anna, 12 ans, 600 unités ; John, 15 ans, 700 unités ; Mary, 17 ans, 800 unités.

Le 17 Décembre, Mary passe par une attaque d'amygdalite ; rougeur uniforme, sans exsudats. Le 18 très bien, moins couverte d'érythème.

Non immunisée (n'aime pas l'être), Catharine. 21 ans.

Le 13 Déc. 7 heures du soir. Catharine, qui se sent bien sous tous les rapports, qui n'accuse ni élévation de température, ni accélération du pouls, présente sur chaque amygdale quelques taches suspectes.

Le 14 Déc., 9 heures du matin, on dirait d'un mal de gorge folliculaire, auquel elle se dit sujette ; les taches sont plus apparentes, mais rondes et non en plaques irrégulières. T. normale. P. normal. Se sent très bien. Bon appétit. A tout hasard, sérum Roux, 2000 unités.

Le 15 Déc. Gorge nette.

Était-ce de la diphtérie ? Était-ce simple coïncidence ?—L'examen bactériologique aurait réglé ce point, il ne fut pas fait.

Obs. XXXI.—Walter G., 7 ans 5 mois, ami du précédent.

Le 11 Déc. 1896, 10 heures du matin. Sérum Roux, 2000 unités, tout un jour après l'apparition locale de la maladie. Fiévreux il y a deux jours, se plaint de la gorge hier après-midi, et déjà le cou était enflé du côté gauche. L'amygdale gauche est enduite d'une membrane épaisse qui court vers la luette ; l'amygdale droite est aussi tapissée, ainsi que les piliers, et cette plaque forme une arche qui s'appuie sur la naissance de la luette et l'envahit. Quinine, fer, etc.

Le 12 Déc., 10 heures, T. normale, P. 72, gorgé pleine, donnant beaucoup d'odeur. Les membranes cependant ont commencé de se désagréger, des morceaux sont tombés, d'autres sont repliés et pendants.

Le 13 Déc., 10 heures, T. normale., P. 76, travail plus avancé, amygdale droite à moitié nettoyée.

Le 14 Déc., 10 heures, quelques fragments à gauche. Comment êtes-vous ? Bien.

Le 15 Déc., 10 heures, gorge nette. Malade debout. Fer, 3 fois par jour.

Le 17 Déc. Patient déchargé.

Autrefois, ce cas-ci eut été un cas très sévère ; il devint d'une rare bénignité. Examen des urines, à toute époque, normal.

Immunisés : Carrie (sœur jumelle). 7 ans 8 mois, sérum Roux, 400 unités ; Florence, 10 ans, 400 ; James, 12 ans, 500 ; Kittie, 14 ans, 700.

Obs. XXXII.—Chester S., 5 ans 4 mois.

Le 17 Déc. 1896, 9 heures Fièvreux depuis trois jours et demi. A de la toux et une amygdale gauche enflée, apparente au dehors. Cependant pas de douleur à la gorge et pas de couenne qu'on y regarde de si près qu'on veuille. 9 heures du soir, pas de changement, examen tout aussi négatif.

Le 18 Déc., 9 heures. Apparence générale la même ; tout aussi fiévreux. Plaque bien formée au centre de l'amygdale droite, et apparence suspecte de la gauche. Point à noter : cette amygdale qui est gonflée de façon à ce que cela paraisse au dehors, est plus lente à se couvrir d'exsudats. Sérum Roux. 1200 unités moins de 12 heures après la formation des exsudats. Traitement, quinine, fer, chlorate de potasse.

Le 19 Déc., 9 heures, fièvre presque entièrement disparue ; gorge moins enflammée ; pas de couennes nouvelles et celle qui existe déjà sur le retour.

Le 20 Déc. couenne partie. Encore un peu fiévreux, touse un peu, narines légèrement excoriées. Solution faible de muriate d'ammoniaque. Onguent antiseptique au zinc et à l'acide salicylique.

Le 21 Déc., encore fiévreux, toux la même ; ne s'améliore pas comme on devrait s'y attendre à la façon dont les membranes s'en sont allées.

Le 22 Déc., pouls rapide et petit ; même toux petite et brève. Examen de la poitrine à peu près négatif. Lèvres sèches, avec croûtes bien rougeâtres. Sordès aux gencives. Langue chargée avec trainée centrale lustrée, comme dans les états adynamiques, tels que la fièvre typhoïde. A bien dormi la nuit dernière, mais est égaré quand il s'éveille. Quinine et fer continués, stimulants augmentés. Analyse des urines, normale, hormis gr. s. élevée (1030.)

Le 23 Déc., râles sous-crépitants et craquements bien marqués. Aucun doute sur l'évolution progressive d'une broncho-pneumonie septique (streptococcie).

Le 24 Déc., symptômes de plus en plus évidents.

Le 30 Déc. transpiration profuse crise, point tournant.

Le 31 Déc., décidément en convalescence.

Le 3 Janvier 1897, grande dilatation des pupilles ; fièvre remontée ; sensibilité et raide partout, le cou, les jambes surtout ; ces dernières ont une apparence pommelée. Sont-ce des douleurs articulaires ? En est-on redevable au sérum ? Un peu tard. 16 jours, et les douleurs ne sont pas exactement dans les jointures, mais plutôt dans la continuité des membres. On s'arrête à l'idée de névrite périphérique multiple, et l'on prescrit de larges doses de salicylate de soude. Urine toujours normale.

Le 4 Janvier, fièvre réduite de beaucoup ; douleurs beaucoup moindre, excepté aux membres inférieurs, il ne veut pas qu'on les touche ou les remue.

Le 5 Janvier, pas de fièvre ; remue lui-même le bout des pieds, mais tient à ce qu'on ne le dérange d'aucune façon.

A partir de ce jour, l'amélioration est constante et, huit jours plus tard, l'enfant est réchappé.

Parions de ce que fut notre anxiété. C'était l'enfant unique d'une jeune veuve ; enfant délicat, scrofuleux, portant au côté droit du cou le signe indélébile d'une adénite suppurative survenue dans la première enfance. Son père était mort de consommation et son grand-père (côté maternel) d'hémorrhagie cérébrale fermant la scène dans un historique fait d'alcoolisme, de rhumatisme articulaire, d'affection valvulaire du cœur, de diabète et de Bright. Héritier de dégénérescences mixtes, comment s'étonner qu'il fût un terrain tout préparé à l'éclosion de ces sévères complications, malgré que les lésions primaires eussent eu un caractère éminemment léger. On peut révoquer en doute l'exactitude du diagnostic. Bien qu'on n'ait pas fait par culture de recherches du bacille Loeffler, la nature du mal ne nous paraît pas douteuse ; d'abord, le cas survint dans une localité infestée, et, ce qui plus est, il y avait eu dans la maison deux cas de *mal de gorge*—jeunes filles, entre les 15 et 20 ans—cas légers traités aux remèdes domestiques et guéris d'eux-mêmes ; l'un, huit jours avant que l'enfant tombât malade, et l'autre, huit jours avant cela. D'autre part, et vu ce même caractère léger des lésions primaires, on peut être tenté de porter au crédit du sérum ces presque funestes complications. Heureusement pour le sérum, il se fit que ce cas et le suivant furent traités à l'aide du même tube—un tube de 2000 unités,—l'Obs. présente, XXXII, recevant 1200 unités, et l'Obs. XXXIII la balance de 800 unités, une heure plus tard. Or, par comparaison, 800 unités à un enfant de 16 mois étaient une dose plus forte que 1200 à un garçon de presque 5 ans et demi. Et ce bébé n'eut pas le moindre mauvais symptôme et il fut guéri en un rien de temps.

Sous ce même toit, un autre enfant, exposé, non immunisé par suite de l'opposition des intéressés, et demeuré indemne.

Obs. XXXIII.—William S., 16 mois.

Le 17 Déc. 1896, pris d'une fièvre violente à 5 heures du soir ; vu à 9 ; accablé, sursaute à tout moment dans son sommeil, visage écarlate, gorge nette.

Le 18 Déc., glandes du cou grossies, un dépôt sur amygdale gauche ; tente en vain de l'enlever. Sérum Roux, 800 unités, 15 heures après le début, et beaucoup moins que cela après la localisation du mal. Quinine et fer.

Le 19 Déc., fièvre disparue, dépôt disparu, bébé de bonne humeur.

Le 20 Déc., bien !

Obs. XXXIV.—(Cas laryngé).

Mary W., 20 mois, patiente du Dr Parker.

Le 20 Déc. 1896, vue hier, à 10 heures du matin, par le docteur pour la 1ère fois, et sur le champ sérum Roux, 2000 unités. Malade alors 40 heures, et croupée dès le début ; très croupée tout le jour précédent ; sténose apparente au moment de l'injection et commencement de cyanose. Sur les 6 heures ce matin, grand accès de suffocation et rejet d'un lambeau de membrane. A 8 heures, 22 heures après la 1ère injection, 2de injection de 1000 unités. A 10 heures, dyspnée très grande, accablement alternant avec beaucoup d'agitation ; cyanose pas plus prononcée qu'à 8 heures. A l'examen, on voit le fond de la gorge tout grisâtre, cet examen est pénible et fait beaucoup râler. On propose la trachéotomie, on insiste, le refus est péremptoire, et nous nous retirons peu enchantés.

Sur la route, les commentaires vont leur train. " Quel bouillonnement dans ce gosier !... Cela pourrait la sauver, ç'a l'air de tout se dégager. Et puis,

cette grande couenne rejetée ce matin, et tout le reste... Mais non!—elle ne peut pas s'en tirer. Elle va mourir, c'est entendu, et bientôt. D'un moment à l'autre ça va se boucher—et ce sera la fin... Mais—supposons que ça se débrouille? Vous savez ça n'est pas impossible... Eh! bien, tant mieux, l'enfant se réchappera sans nous... C'est ce qu'elle fit, se moquant de tous nos savants pronostics! Si ceci n'est pas une cure au sérum, je voudrais savoir ce que c'est! Il n'y a absolument rien eu en fait de traitement en dehors du sérum. On peut invoquer la nature? C'est vrai, le *vis medicatrix naturæ* est un bon agent, un agent qui se conduit bien, qu'on est un peu fier d'appeler à son secours, mais, après tout, ça n'est pas toujours qu'il veut agir seul. Et c'est probablement ce que ces bonnes gens oublièrent. Témoin: on pouvait lire, trois semaines plus tard, le 13 Janvier 1897, dans un journal du soir, la mort de Thomas W., âgé de 2 ans 10 mois. Thomas W. était le frère de Mary. La veille, on le supposait en bonne santé; le soir, il s'éveille—croupé! Le matin suivant, sur les 4 heures, il était mort. Peut-être que, pour lui comme pour Mary, employé à temps, le sérum aurait assisté Dame Nature.

OBS. XXXV.—(Cas laryngé).

Robert McKinley L., 3 ans 4 mois.

On a fait allusion à ce cas en décrivant l'Obs. XXV, Irène C.. Il survient précisément 5 semaines plus tard et dans la même maison.

Le 27 Déc. 1896. enrôlé il y a 3 jours, mais déjà fiévreux 4 jours auparavant et se plaignant le 2d jour de mal de gorge, que sa mère médicamenta. Jamais de couennes, affirme-t-elle?—Il y a maintenant aphonie complète, jappement et cornage avec chaque accès de toux, pas de sténose. La gorge est nette et d'apparence saine. L'enfant est debout, allant et venant. La mère est en convalescence d'une de ses *attaques de mal de gorge*, mais elle a des débris suspects sur les amygdales, elle a un œil gauche enflammé et qu'on dirait volontiers infecté, elle reconnaît s'être sentie bien malade, et elle porte les traces de l'être encore beaucoup. Il est 11 heures. Donc, 3 jours après le 1er enrôlement, 6 jours après le 1er mal de gorge, sérum Roux, 3000 unités; doses fractionnées de calomel à toutes les heures; vapeurs d'eau.

Le 28 Déc., 11 heures. pas de changement, toux tout aussi croupée, aphonie la même; cependant, s'il fait effort pour articuler, l'enfant émet de temps à autre un son de voix un peu plus clair. Il est debout et marche. 2de injection de sérum Roux, 2000 unités.

Le 29 Décembre, décidément mieux, aphonie moindre, cornage moins déchirant. Calomel à toutes les 2 heures.

Le 30 Décembre, voix revenue et un timbre plus clair. Calomel discontinué. Quinine et fer.

Le 31 Décembre, bien.

Immunisée, le 27 Déc., Eugénie, 9 ans, 600 unités, sérum Roux.

(A suivre.)

## REVUE DES JOURNAUX

## MÉDECINE.

## LE MÉDECIN D'ASSURANCE SUR LA VIE.

Conférence donnée par M. le Dr J. P. BOULET, devant la SOCIÉTÉ MÉDICALE DE QUÉBEC,  
à sa séance du 11 novembre 1897.

M. le Président,

Messieurs,

Deux raisons principales m'ont fait adopter ce sujet pour la conférence de ce soir :

D'abord, et c'est pour moi un motif d'ordre supérieur, je me sens pour le traiter plus de compétence que pour tout autre. En second lieu, c'est un sujet relativement nouveau, puisqu'au grand regret des compagnies qui font ce genre d'affaires, c'est à peine s'il est entré dans l'enseignement de quelques universités. Quiconque veut embrasser cette carrière, exercer cette spécialité, doit encore en acquérir les aptitudes à ses propres dépens, et aussi un peu, pour ne pas dire beaucoup, aux dépens de ceux qui l'emploient.

Il y aurait peut-être encore une troisième raison, d'ordre inférieur il est vrai, en faveur de mon choix. C'est que les compagnies d'assurance sur la vie, dont l'extension se fait tous les jours plus grande, dépensent, chaque année, des millions, le mot n'est pas trop fort, pour examens médicaux. Or, vous le savez tout aussi bien que moi, le *struggle for life* devient chaque jour de plus en plus difficile. Serait-il sage, de la part du médecin, de se priver d'un moyen très légitime de gagner sa vie et celle de sa famille, en négligeant de se rendre apte à prendre sa part du gâteau que lui offrent les compagnies d'assurance sur la vie ? Je ne le crois pas, et c'est pour cela que j'ai pensé être utile à quelques-uns d'entre vous en abordant ce sujet devant la Société médicale de Québec.

Certes, je ne l'ignore pas. L'assurance sur la vie est un sujet qui ne saurait être traité d'une manière convenable en quelques pages seulement. Son importance est devenue telle aujourd'hui que plusieurs volumes suffiraient à peine pour l'épuiser. Mais, mon intention, ce soir, n'est autre chose que de vous exposer, sommairement, la routine de chaque jour, les principaux devoirs du médecin examinateur envers les compagnies qui l'emploient, envers les agents de ces compagnies, envers les postulants d'assurance.

J'avertis tout de suite que cette étude est faite en vue des jeunes seulement. Quant aux plus anciens qui sont déjà au fait de tout ce que je pourrai dire, ils voudront bien, je l'espère, me pardonner si je ne leur apprends rien de nouveau. Répondons d'abord, en peu de mots, à cette question : Qu'est-ce que l'assurance sur la vie ?

C'est un contrat entre l'assureur et l'assuré en vertu duquel le premier s'engage à payer, soit à la mort du second, soit, même durant sa vie, à une époque fixée d'avance, une certaine somme d'argent, à certaines conditions. Parmi ces conditions est celle d'avoir des chances au moins moyennes de longévité. Or, il n'y a que le médecin qui puisse apprécier plus ou moins exactement ces chances de longue vie, d'où la nécessité de son intervention.

Dans les premiers jours de ce genre d'affaires, les postulants devaient, non seulement subir un examen médical, mais en outre se présenter en personnes devant les directeurs de la compagnie, afin que ceux-ci pussent les juger d'après leur apparence physique. Mais aujourd'hui, où tout marche par la vapeur et l'électricité, ce mode de procéder n'est plus de mise. Les compagnies sont bien obligées de se contenter du rapport médical et dans la presque totalité des cas, elles ne verront presque jamais l'assuré. Il s'ensuit nécessairement que la responsabilité de l'examineur s'accroît en proportion de la confiance que l'on doit mettre en lui.

J'ai prononcé le mot de responsabilité. En effet, l'examen d'un candidat à l'assurance n'est pas une pure formalité et une chose banale. Au contraire c'est très sérieux, et si le médecin néglige de suivre scrupuleusement les instructions qui lui sont données par les compagnies et que par sa faute celles-ci font des pertes qui auraient pu être évitées, il est responsable des dommages encourus et pourrait être tenu de restituer.

J'entre maintenant dans le vif du sujet.

I.—*Qualités requises de la part du médecin examinateur*.—En premier lieu, il doit avoir la science et l'expérience suffisantes. Non seulement il doit être expert en diagnostic physique, afin de découvrir si le candidat est atteint ou non de quelque maladie latente, mais il doit avoir, en outre, assez de discernement pour apprécier les chances de longévité. Des sujets de toutes sortes sont présentés au médecin. Quelques-uns semblent être l'image de la santé elle-même, qui, cependant, ne sont guère assurables, si ce n'est pour une courte période. Ils sont peut-être obèses ou pléthoriques et par suite exposés aux dégénérescences ou à l'apoplexie. D'autres, au contraire, paient moins de mine, mais sont pourtant de meilleurs sujets, mieux armés contre la maladie, moins exposés aux surprises. Il y a des gens qui n'ont jamais été malades, ou qui du moins l'affirment, mais qui sont peut-être à la veille de l'être plus ou moins gravement. D'autres ont parfois été atteints d'une ou de plusieurs maladies, plus ou moins graves, mais le temps a remis les choses à leur point et nulle trace ne reste plus des troubles causés par ces maladies. Tous les faits doivent être pris en sérieuse considération et appréciés à leur juste valeur selon le genre d'assurance sollicitée.

En effet, il y a plusieurs modes d'assurance sur la vie. Je ne saurais vous les expliquer tous en leur détail, car ils sont presque innombrables. Du reste, cette étude sortirait du cadre que je me suis tracé. Chaque compagnie a ses systèmes divers, mais je crois que, d'une manière générale, on peut les ranger tous en deux grandes classes : 1<sup>o</sup> Ceux, dits de la vie entière, qui n'engagent l'assuré qu'à de petits versements, mais, d'ordinaire, durant toute la vie ; 2<sup>o</sup> Ceux à terme fixe, dont les versements plus forts n'embrassent qu'une période déterminée d'avance, dix, quinze ou vingt ans.

Il est clair que, moins onéreuses sont les conditions pour l'assuré, meilleures doivent être ses chances de vivre longtemps et *vice-versa*.

C'est au médecin examinateur de diagnostiquer tous ces cas et ce n'est pas toujours une mince besogne. Il lui reste, cependant, une ressource très précieuse qu'il peut utiliser avec avantage au grand soulagement de sa conscience, dans les cas douteux. C'est de consigner minutieusement et clairement tous les faits dans son rapport et de laisser juges les directeurs de la compagnie. Ceux-ci sont en général les hommes les plus experts en la matière et se trompent rarement en présence d'un rapport bien fait.

Une seconde qualité absolument nécessaire au médecin examinateur est l'*indépendance de caractère* et l'*abnégation*. C'est la vertu par excellence de l'examineur d'assurance. En effet, chaque fois qu'il fait un examen, il se trouve en présence d'intérêts opposés, sans compter les siens propres. Il a d'abord devant lui le candidat qui, pour plusieurs raisons, n'aime pas à être refusé, quand même il ne tient guère à s'assurer, et, tout à côté, l'agent qui tient

*mordicus* à ce que son homme soit accepté. Vous le comprenez, il y a là pour lui une question de gain ou de non-gain et vous savez tous ce que cela signifie aujourd'hui en affaires.

D'autre part, la compagnie qui vous emploie et vous paie pour lui dire la vérité n'aime pas non plus à accepter pour excellents des risques d'une valeur douteuse. Sans doute, il faut s'efforcer d'être juste envers tout le monde : il ne faut pas infliger la mauvaise note d'un refus à un postulant qui ne la mérite pas, ni faire perdre à l'agent la rétribution légitime due à son travail, mais il faut savoir que les risques assumés par la compagnie sont plus grands et lui donner le bénéfice du doute quand il y a lieu. Il se présentera quelquefois des cas qui vous mettront dans le plus grand embarras.

Dans ces cas, l'examineur devra posséder un grand fonds d'indépendance et de fermeté pour ne pas se laisser vaincre par les doléances et les objurgations soit du postulant, soit de l'agent dont les intérêts se trouveront lésés. Il lui faudra, en plus, beaucoup d'abnégation et d'amour du devoir. En effet, il est presque certain, si l'agent est un peu âpre au gain, si, de plus, il se trouve dans la même localité un autre examinateur de la même compagnie, réputé plus facile, il est presque certain dis-je que, pour peu que sa fidélité se soutienne, il sera bientôt délaissé par l'agent mécontent. C'est une perte qu'il subira injustement, mais dont la satisfaction d'avoir rempli son devoir devra le consoler.

Enfin, une qualité très appréciée chez l'examineur est la promptitude à répondre soit aux appels des agents, soit aux demandes d'éclaircissements qui viennent quelquefois de la part des compagnies. Naturellement, tout retard est susceptible d'entraîner des pertes soit pour l'agent soit pour la compagnie, ce qu'il faut éviter autant que possible.

II.—*Conduite envers le postulant.*—Le postulant d'assurance est quelquefois un malade, mais ce n'est pas un malade ordinaire. Celui-ci s'adresse à vous comme à un ami dont il attend consolation et guérison. Il répond volontiers à toutes vos questions, souvent avec un luxe de détails dont vous n'avez que faire. Il en est, même, qui exagèrent à dessein leurs souffrances, sans doute pour exciter davantage votre commisération. Le postulant d'assurance, au contraire, prétend bien jouir d'une excellente santé. Il vous regarde comme un juge dont il doit se défier. S'il y a point faible chez lui, il sera réticent, ne répondra qu'à demi à vos interrogations, cherchera à atténuer autant que possible les mauvaises notes qu'il redoute.

Dès qu'il vous est présenté, il faut tâcher de le rassurer, le mettre à l'aise par des manières engageantes. Ne prenez jamais un air solennel avec lui, vous le rebutez du coup et le mettez inutilement sur la défensive. Ayez plutôt l'air de prendre son parti et faites lui entendre que si vous tenez à la précision des réponses c'est son propre intérêt autant, sinon plus, que celui de la compagnie que vous recherchez. Il y a, du reste, une certaine manière habile, variable à l'infini, de questionner les candidats, manière qui désarme la plupart d'entre eux, vous gagne leur confiance et les dispose à vous ouvrir plus franchement leur cœur.

Il en est, toutefois, quelques-uns à qui certains agents ont peut-être fait la langue et qui viennent avec l'intention bien arrêtée de vous tromper. Il ne faut pas trop vous effrayer à cette pensée. Un peu de coup d'œil et d'expérience vous permettront de les reconnaître le plus souvent. D'ordinaire, ces candidats sont très loquaces, très enclins à vanter outre mesure leur excellente santé et leurs qualités supérieures comme assurés. Il faut alors redoubler de vigilance et d'habileté dans la manière de questionner. En y mettant le soin voulu, il est assez rare qu'on se méprenne tout à fait sur la véracité d'un homme. Sa contenance, le ton de sa voix, mille et une circonstances, viendront à votre secours.

III.—*Conduite envers les agents.*—L'agent doit pouvoir compter sur votre assistance dans les efforts qu'il fait pour grossir le chiffre de ses affaires. Vous

l'aideriez par votre promptitude à répondre à ses appels, et, quelquefois aussi, une parole dite à propos contribuera beaucoup à décider les hésitants. S'il vous communique le nom d'une personne qu'il poursuit de ses obsessions, en vue de l'assurer, vous lui devez un secret inviolable. Une indiscretion pourrait donner l'éveil à un autre agent et faire perdre au premier le fruit d'un long et pénible labeur.

Si vous examinez pour plusieurs compagnies, gardez la plus stricte impartialité envers les divers agents, vous conduisant avec chacun d'eux comme si vous n'aviez affaire qu'à lui seul.

Mais tout en étant poli et serviable envers tous les agents, il faut bien garder son indépendance à leur égard et ne pas s'en laisser imposer par les airs protecteurs de quelques-uns d'entre eux. Surtout, ne permettez jamais à un agent d'assister à l'examen de son client. L'intérêt pourrait le faire intervenir d'une manière désastreuse pour la vérité et la justice. Il faut l'inviter à se tenir à l'écart.

Ici peuvent se placer deux ou trois questions qui ne sont pas dépourvues de toute importance en pratique :

1<sup>o</sup> *Le médecin peut-il abandonner à l'agent partie de ses honoraires pour l'engager à s'adresser à lui de préférence pour les examens ?*

Si l'agent ne vient au médecin que pour la seule considération d'une petite commission à percevoir, il n'y a peut-être là rien d'immoral. Mais s'il y avait en sus espoir de quelque relâchement dans la sévérité des examens il n'y faut pas songer. Du reste, les compagnies n'aiment guère ces associations entre médecin et agent ; elles offrent toujours quelque danger.

2<sup>o</sup> *Le médecin peut-il accepter un pourcentage sur la commission de l'agent quand les risques sont acceptés ?*

Evidemment non car le médecin deviendrait intéressé à l'acceptation du risque, ce qui nuirait à son indépendance. En vue d'assurer autant que possible cette indépendance, les compagnies paient les médecins dans tous les cas, que le risque soit accepté ou non ; elles verraient donc d'un très mauvais œil un médecin recevant une telle commission. Du reste une semblable conduite ferait naître à son égard un soupçon qui serait une tache que tout homme d'honneur doit éviter avec le plus grand soin.

3<sup>o</sup> *Le médecin peut-il se faire agent et proposer lui-même des candidats à l'assurance ?*

Oui, sans aucun doute, bien que l'idée de mercantilisme répugne quelque peu (bien que de moins en moins de nos jours) à la dignité du médecin, mais c'est à une condition : c'est que vous ne soyez pas en même temps agent et examinateur. Vous devrez alors faire examiner votre risque par un autre, non intéressé à la transaction.

Il en est de même, je crois, quand vous êtes appelé à examiner l'un de vos proches, surtout si le risque n'est pas absolument de première classe ; vous agirez sagement et dignement en vous refusant.

IV.—*Conduite envers les compagnies.*—Les rapports directs entre les compagnies et leurs médecins examinateurs ne sont pas d'occurrence très fréquente, tout au contraire. De loin en loin, vous recevrez peut-être la visite d'un inspecteur en quête de renseignements sur la valeur des assurés de la compagnie dans votre localité, ou pour un cas particulier. Ou bien, l'on vous transmettra de temps en temps des instructions quant à la manière de conduire vos examens.

Mais, le plus souvent, l'on vous écrira pour vous demander des éclaircissements au sujet d'un de vos rapports. Celui-ci manque peut-être de clarté en certain point. Tel fait y consigné ne concorde pas avec des informations reçues d'autre part et l'on veut savoir ce qu'il en est. Car, il ne faut pas l'ignorer, les compagnies d'assurance sur la vie sont aujourd'hui puissamment armées contre

les fausses déclarations et les omissions de toutes sortes d'un nombre incalculable de postulants.

Vous aurez examiné une personne que vous croyez connaître passablement, sans être intime avec elle. Vous vous êtes lié à ses déclarations et vous l'avez recommandée sans restriction. Cependant, peu de jours après la signature de votre rapport vous recevrez une lettre ayant cette signification : " M. Un tel vous a déclaré telle ou telle chose, durant son examen, mais nous avons raison de croire que cette déclaration n'est pas exacte. Veuillez donc vous enquérir au sujet de tel ou tel fait et faire rapport au plus tôt."

Vous serez probablement étonné de recevoir pareille communication, mais, bien souvent, vous serez encore plus surpris, après enquête, de constater que la compagnie dont le siège est situé à plusieurs centaines de milles et dont aucun des officiers n'a jamais vu le postulant en question, en sait plus long que vous à son sujet, que vous qui demeurez presque à sa porte et qui avez eu l'occasion de le rencontrer plus ou moins souvent. Toutefois, il ne s'ensuit pas que ces renseignements obtenus par les compagnies soient toujours exempts d'erreur, non sans doute, et c'est pour cela que l'on vous demande de faire enquête; mais, je ne crains pas de l'affirmer, ils sont le plus souvent conformes à la vérité.

On vous écrira peut être encore pour d'autres objets, pour savoir, par exemple, ce qu'est devenu tel ou tel sujet que vous avez examiné, il y a quinze ans et qui a été refusé; ou bien encore, si vous avez réussi à vous assurer la confiance de la compagnie, pour connaître ce que vous pensez de tel ou tel de vos confrères, quant à ses aptitudes comme examinateur d'assurance et à la confiance que l'on peut reposer en lui.

Toutes ces enquêtes sont fort délicates et fort désagréables à conduire. Elles constituent, en plus, un surcroît d'ouvrage sans rémunération spéciale. Mais il faut s'y prêter de bonne grâce et avec toute la promptitude possible, si l'on veut gagner la confiance des compagnies qui nous honorent de ces questions. Du reste, il ne faut pas l'oublier, les compagnies paient si ponctuellement les services ordinaires que nous sommes appelés à leur rendre, qu'il serait mesquin, de notre part, de leur refuser une information dont elles ont besoin.

Il y a un autre genre de renseignements que les compagnies désirent beaucoup recevoir de leurs médecins. Il arrive quelquefois qu'on vous présente un individu que vous savez d'avance n'être pas assurable. Inutile alors de procéder à l'examen. Ou bien encore vous avez de justes raisons de suspecter la véracité d'un candidat. C'est alors votre devoir de communiquer ces faits aux officiers de la compagnie qui vous garderont le secret le plus absolu.

V.—*Un défaut de la plupart des compagnies.*—A mon sens, il existe une contradiction flagrante et nuisible aux intérêts des compagnies d'assurance entre certaines instructions données au médecin et à l'agent. Ainsi, le médecin doit faire son examen *privément*, hors de la présence de l'agent. Mais, une fois rédigé, le rapport est remis *ouvert* à l'agent pour être par lui transmis à la compagnie. Pourquoi cela? Si l'agent ne doit pas être présent à l'examen, est-il logique qu'il puisse ensuite lire le rapport médical, l'apprécier, le faire lire au postulant etc.? Si le rapport n'est pas favorable, les intéressés savent tout de suite d'où vient leur déconvenue. Il est, en outre, des candidats qui ont à confesser des choses qu'ils dévoileront volontiers au médecin mais à nul autre. Ils préféreront renoncer à l'assurance, ou bien ils seront tentés de faire de fausses déclarations. Également, cela nuit à l'indépendance du médecin qui n'aime jamais se mettre les gens à dos. Pourquoi ne pas se faire adresser le rapport directement par le médecin lui-même? ou bien exiger qu'il soit dans tous les cas remis *scellé* à l'agent?

Il est vrai que cette ressource existe quand le candidat l'exige, mais cela déroge à la routine ordinaire et peut faire naître des soupçons. Reste une lettre privée à la compagnie, mais c'est une corvée pour laquelle on est très occupé.

VI.—*Comment procéder à un examen ?*—Choisissez autant que possible un endroit tranquille, loin des bruits de la rue. A Québec le bureau de la compagnie est, d'ordinaire, un endroit impossible, situé qu'il est toujours à la basse ville où des bruits de toutes sortes se font entendre tout le long du jour. Le domicile du candidat est souvent un lieu assez propice et n'est pas sans offrir quelques avantages. D'un autre côté, l'on y est parfois exposé à se voir entouré des autres membres de la famille, ce qui nuit à l'examen. Pour ma part, je préfère de beaucoup mon cabinet de consultations où je puis avoir toute la tranquillité désirable.

Une fois commencé, l'examen doit être conduit avec méthode. Il n'est pas nécessaire de suivre exactement l'ordre adopté dans la formule d'examen. L'essentiel est de répondre à toutes les questions.

En général, je commence par les questions les moins importantes, comme le nom du candidat, son âge, son adresse, son signalement, s'il est déjà assuré etc., de manière à ne pas l'effrayer dès le début. Puis je passe à l'examen successif de toutes les fonctions et de tous les organes, en adoptant autant que possible le questionnaire de la compagnie et donnant les explications nécessaires s'il arrive que certaines questions ne soient pas comprises. Je fais de même pour les réponses qui très souvent laissent beaucoup à désirer, je tâche de les élucider le mieux possible.

Il est de la plus haute importance de bien établir les antécédents personnels du postulant. Souvent, il vous dira qu'il n'a jamais été malade; n'en insistez pas moins pour repasser avec lui la longue liste des infirmités humaines que toute formule d'examen renferme invariablement. De temps en temps, vous trouverez que celui qui déclarait avec le plus d'aplomb qu'il n'avait jamais été malade, avait cependant été, sinon malade dans le sens ordinaire du mot, du moins sujet à certains états qui sont quelquefois les signes avant-coureurs de la maladie. Il a peut-être eu des vertiges, des épistaxis, de l'œdème aux pieds, aux mains et aux paupières, un évanouissement ou un crachat sanglant dans sa vie. Tout cela est passé plus ou moins inaperçu pour lui, mais quand vous lui en parlez il s'en rappelle et vous répond en conséquence, s'il est honnête. Dans ce cas, il faut s'assurer aussi exactement que possible des faits afin de pouvoir en apprécier la portée. Ainsi, ce crachat sanglant peut être survenu immédiatement après une épistaxis plus ou moins abondante, il n'a aucune importance. Au contraire, il s'est produit sans cause appréciable, alors il faut se défer et examiner le poumon avec un soin extrême. Du reste aucune compagnie n'accepte un postulant qui a craché du sang, à moins que plusieurs années ne se soient écoulées depuis. L'épistaxis d'origine traumatique ne porte pas à conséquence; mais si elle se répète plus ou moins souvent, à propos de rien, elle est peut-être un signe d'albuminurie. Un léger écoulement par l'oreille peut très bien n'avoir aucunement éveillé l'attention du candidat; cependant nous savons tous que cette affection, légère en apparence, peut entraîner des conséquences funestes.

Sans doute, il faut être en éveil durant tout l'examen, mais il y a deux moments où l'on doit l'être davantage, parce que la plupart des postulants et les agents surtout connaissent mieux la portée des réponses qui seront alors données. C'est lorsqu'il s'agit de dresser le record de la famille et d'établir quelles sont les habitudes du postulant relativement à l'usage des boissons fermentées.

Presque tous les candidats savent, ou s'ils ne le savent pas l'agent a soin de leur apprendre, qu'une ou plusieurs morts par consommation dans une famille constituent une fort mauvaise note en assurance. Aussi, ne manquent-ils jamais, le cas échéant, de vous avertir que leur parent n'est pas mort de phtisie héréditaire mais uniquement de phtisie acquise. Il jouissait d'une santé exemplaire, mais des circonstances et des travaux excessivement pénibles ont provoqué l'explosion de la terrible maladie. Il n'y a pas de mal, je crois, à leur accorder cette consolation et à ajouter ce qualificatif, car je suis convaincu que les com-

pagnies font peu d'attention à l'adjectif et ne voient que le substantif. Acquiso ou non c'est toujours la phthisie. Dans ces cas, et dans beaucoup d'autres où la cause de la mort n'est pas clairement établie, il faut tâcher de recueillir tous les faits, de les noter succinctement et de laisser la compagnie juger par elle-même.

Il arrive très fréquemment que des postulants soient très peu au fait touchant la cause de la mort de leurs parents, surtout quand ces morts sont arrivées depuis un certain temps. Il faut alors les questionner minutieusement sur les symptômes et la durée de la maladie et tâcher de faire vous-même un diagnostic rétrospectif. Ce n'est pas toujours facile mais il faut le tenter.

Une des causes les plus fréquentes de mort pour nos compatriotes, de la classe peu ou point instruite, est le chaud et le froid ou bien encore la fausse pleurésie. En présence de pareilles déclarations, surtout si ce chaud et ce froid se sont concertés pendant plusieurs années pour faire languir leur victime, vous n'y voyez pas toujours bien clair, et, la plupart du temps, vous vous épuisez en vains efforts pour arriver à un diagnostic qui ait quelque chance d'être exact. En pareille occurrence, il vaut mieux, selon moi, dire tout simplement que la cause de la mort est inconnue plutôt que de spécifier une cause qui n'est peut-être pas du tout la véritable.

Les postulants plus instruits emploient d'autres expressions, pour désigner les maladies qui ont emporté leurs parents. Les uns sont morts de *vieillesse* à soixante ans, d'autres de *débilité générale* à cinquante ans; une mère ou une sœur a succombé aux *suites de ses couches*, six, huit, et même douze mois après sa dernière couche; la mort d'une autre est due au *retour de l'âge*, mais elle a languï pendant un an ou plus avant de s'éteindre. Où est la vérité dans tout cela? Mystère! S'ensuit-il que l'on cherche toujours à vous tromper? Je ne le crois pas. J'aime mieux penser que l'on ne sait pas mieux. Mais la besogne n'en est pas moins difficile pour quiconque veut faire tout son devoir.

Passons maintenant à une autre question non moins importante: les habitudes du postulant. Or la principale de ces habitudes est, sans contredit, celle qui se rapporte à l'usage des boissons fermentées, surtout des spiritueux.

À première vue, il vous semblera qu'il est plus facile, ici, d'arriver à la vérité puisqu'il s'agit de faits contemporains, personnels au candidat lui-même. Mais il faut toujours compter avec la nature humaine. Peu de personnes se donnent volontiers un certificat d'immortalité. Quelques-uns vous diront plus facilement que leur père est mort des suites de l'intempérance que d'avouer qu'ils font eux-mêmes des excès semblables. De là la difficulté de connaître toujours exactement la vérité sur ce point.

Je crois que l'on peut, assez naturellement, répartir tous les postulants en trois grandes classes, par rapport à l'usage des boissons fermentées: 1<sup>o</sup> Ceux qui n'en font aucun usage ou qui n'en prennent que rarement et toujours avec modération; 2<sup>o</sup> Ceux qui ont des habitudes journalières plus ou moins prononcées; 3<sup>o</sup> Ceux qui n'ont pas d'habitudes journalières, mais font la *noce* de temps en temps.

Avec les personnes de la première catégorie, la question est vite réglée. Elles sont abstinées ou modérées et le déclarent sans hésitation. Leur air de sincérité et leur apparence extérieure vous rassurent aussitôt.

Mais nous voici en présence d'un candidat de la seconde classe. Il prend le *petit coup d'appétit*, généralement des spiritueux, avant chaque repas; ou bien il boit du vin, ou de la bière à son dîner; ou bien, encore, il boit tout le long du jour avec un effet plus ou moins prononcé sur son intelligence, sa stabilité corporelle et sa santé.

Les compagnies ne s'objectent pas beaucoup à l'usage modéré du vin et de la bière au repas. Quelques-unes, même, concèdent une certaine quantité de spiritueux, environ trois onces par jour. Mais il en est qui ont l'alcool tellement en horreur qu'elles refusent invariablement tout postulant qui prend le *coup*

*d'appétit.* Vous imaginez facilement ce qu'il arrive à ceux qui prennent cinq, dix, quinze coups, par jour, et plus.

Quant aux noceurs périodiques, ce sont eux que vous démasquerez le plus difficilement, s'ils veulent vous tromper, spécialement lorsque les débauches ne surviennent que de loin en loin, une ou deux fois l'année, par exemple. Ils se présentent, généralement, dans un moment où les ravages causés par leur dernière débauche ont eu le temps de se réparer, de sorte qu'ils ont absolument l'apparence de personnes sobres.

Quelques-uns de ces postulants, qui ont horreur des transactions louches, vous diront tout de suite ce qu'il en est, tout en cherchant à vous convaincre que leur santé n'en souffre aucunement. Mais ces cas sont excessivement rares, je n'en ai rencontré qu'un seul en plus de seize ans.

La plupart cherchent à vous endormir, ainsi que leur conscience, avec une moyenne quotidienne ou hebdomadaire. Voici, par exemple, un individu qui une fois par année, je suppose, fait une noce de dix ou douze jours, à raison de trente coups par jours. Cela fait trois cents ou trois cent soixante coups par année, moins d'un coup par jour. A ce compte, il est un homme sobre et pourtant c'est un ivrogne absolument impropre à l'assurance. Il faut se défier de ces gens à moyenne.

VII.—*Comment rédiger le rapport.*—Le plus simplement possible. Les directeurs médicaux n'ont aucun goût pour les fleurs de rhétorique. *Oui, non*, telles sont les réponses qui leur conviennent le mieux. Si parfois quelques explications paraissent nécessaires qu'elles soient faites dans les termes les plus clairs et les plus concis. Naturellement, il faut avoir soin de répondre à toutes les questions.

VIII.—*Appréciation du risque.*—Votre examen est terminé; il ne vous reste plus qu'à apprécier le risque à sa valeur. Le postulant peut-il être assuré sans danger, pour la vie entière, ou, si non, pour quelle période? Telles sont les questions qu'il s'agit de résoudre. Pour former votre jugement, vous devez considérer attentivement et bien peser tous les faits dévoilés durant l'examen: l'état de santé du candidat, ses antécédents, le record de sa famille, ses habitudes, etc. Il ne suffit pas qu'il soit actuellement exempt de maladie, il faut encore, je l'ai déjà dit, qu'il ait des chances sérieuses de vivre toute sa vie, si je puis m'exprimer ainsi. Voilà pour la vie entière. Quant aux assurances à terme fixe, surtout si la période est courte et les primes élevées, le risque est moindre pour les compagnies; aussi sont-elles moins exigeantes sur la qualité des candidats pour ces sortes d'assurance.

Malgré tout le soin que vous pourrez y mettre, il arrivera parfois que des sujets que vous avez recommandés soient refusés. Il pourra même se faire, mais beaucoup plus rarement, qu'un candidat que vous n'avez pas recommandé soit accepté. Il ne faut pas vous en étonner. Le directeur médical d'une compagnie ne voit pas le sujet proposé à l'assurance, mais seulement votre rapport. Or il y a peut-être dans ce rapport quelque mauvaise note à laquelle vous n'avez attaché aucune importance, ayant le sujet devant vous, mais qui a sauté aux yeux du médecin en chef. D'autre part la raison de votre refus paraîtra, peut-être, futile en haut lieu, comme le fait est arrivé dernièrement à un médecin des Etats-Unis. Il avait refusé un risque parce que l'un des ancêtres était mort de cancer, tandis que toutes les autres notes étaient excellentes. A sa grande surprise son homme fut accepté.

Voilà, Messieurs, les principales règles qui, selon moi, doivent guider la conduite du médecin examinateur d'assurance sur la vie. J'aurais pu donner à cette étude des développements beaucoup plus considérables, mais j'aurais craint de vous fatiguer, et, dans cette crainte, je m'en suis tenu autant que possible aux généralités. Merci pour votre bienveillante attention, malgré l'aridité du sujet.—(*La Revue Médicale*).

## CHIRURGIE.

## CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE.

Tenu à Paris du 18 au 23 Oct. 1897.

*(De notre correspondant européen.)*

L'Association française de chirurgie se réunissait en XI congrès pour discuter les dernières méthodes proposées, et presque même admises du domaine chirurgical. L'assemblée était nombreuse et distinguée : tous les grands noms si connus de la chirurgie française y figuraient. Les réunions avaient lieu à l'Université, au grand amphithéâtre de la faculté de Médecine. La salle, joliment décorée de drapeaux et d'emblèmes, présentait un agréable coup d'œil.

Les communications y furent nombreuses. — et comme dans tout congrès, quelques unes plus ou moins intéressantes. Parmi les sujets particulièrement bien traités, j'ai remarqué celui touchant aux contusions de l'abdomen.

L'an dernier, un comité avait été spécialement nommé à l'effet d'étudier la question et de donner ses conclusions. M. Demons, de Bordeaux, chargé du rapport, donna un excellent travail, dont voici quelques extraits : ils résument les points de plus grand intérêt.

## SUR LES CONTUSIONS DE L'ABDOMEN.

La question des contusions de l'abdomen est tellement vaste qu'il n'est vraiment pas possible, dans un rapport forcément succinct, d'en esquisser, d'en indiquer même tous les points. Si je ne me trompe, il convient d'en étudier surtout avec vous le côté pratique : à l'heure actuelle, c'est, en même temps que le plus important, le plus difficile et le plus rempli de controverses.

Il peut exister, à la suite du traumatisme, trois ordres de faits : ou bien les parois seules ont été touchées ; ou bien, derrière et avec elles, un ou plusieurs organes ont été atteints ; ou bien, enfin, ceux-ci ont été blessés, à l'exclusion des parois qui ont subi sans dommage devant l'agression. Parfois sérieuse, la contusion des parois est le plus souvent médiocre et même cliniquement nulle.

En conséquence, la première question à résoudre est la suivante :

*Y a-t-il ou n'y a-t-il pas lésion des viscères abdominaux ?*

Et au cas d'un diagnostic affirmatif, quel est l'organe lésé ?

Tout d'abord à considérer la nature de l'instrument contondant, — la force qui y a été mise — (cade de cheval, chute, coup direct....) — la résistance offerte par l'individu au choc : était-il adossé à un mur, est-il tombé de haut, le coup est-il été direct. — autant de faits qui aideront au diagnostic.

Il convient enfin de considérer la fragilité des viscères, variable non seulement d'un organe à l'autre, mais encore pour le même organe selon les conditions anatomiques, physiologiques ou pathologiques dans lesquelles il se trouve au moment de l'accident. Un viscère creux, s'il est distendu et dans la mesure même de cette distension, est plus vulnérable qu'à l'état de vacuité. Il présente une plus grande surface, il devient plus superficiel, plus accessible, plus tangible, plus tendu, moins mobile, ses parois sont amincies ou ramollies et toutes prêtes à éclater sous un choc estomac, intestin, vésicule biliaire, vessie, utérus). C'est même là quelquefois une condition indispensable pour la rupture (vessie, utérus). L'altération des parois en facilite encore la solution de

continuité. Il n'est pas jusqu'à la nature du contenu qui ne soit susceptible de jouer un rôle (calculs de la vésicule, fœtus, etc.). Un organe plein, hypertrophié (foie, rate, etc.), peut être devenu plus friable : en même temps, il offre aux coups une plus grande prise, d'autant mieux qu'il déborde sa ligne de défense. La chose est pire s'il est plus malade encore (cancer du foie, kystes de l'ovaire, calculs du rein, etc.).

### SYMPTOMES.

Une douleur profonde, limitée à un point précis, exagérée par les mouvements respiratoires, appartiendra plutôt à la blessure d'un viscère qu'à la simple atteinte de la paroi. Son irradiation loin du point contus, dans certaines directions, aura la même signification probable. Mais des observations sans nombre nous ont appris aussi deux choses : la douleur est souvent plus intense, plus expressive dans les contusions bornées à la paroi ; secondement, des lésions graves des viscères peuvent ne déterminer qu'une douleur insignifiante ou passagère.

L'ecchymose et la tuméfaction superficielle, appartenant en propre aux contusions pariétales, n'ont aucune valeur, puisqu'elles ne sauraient en rien nous dire ce qui s'est passé plus profondément. Ce qu'il y a de commun, c'est ce fait, devenu classique et banal, que l'intégrité absolue (au sens clinique du mot) de la paroi peut exister avec des désordres considérables dans la cavité abdominale. Mettez qu'avec cela vous ayez une absence de douleur et vous serez trahi, si vous n'y prenez garde.

Un ou deux vomissements alimentaires, un ballonnement du ventre léger ou discutable ne nous apprennent rien. Un ballonnement considérable, exceptionnel comme symptôme immédiat, indique évidemment que la paroi n'a pas seule souffert.

Il est un symptôme plus fréquemment rencontré, bien qu'il soit loin d'être constant, dont l'importance est autrement décisive. Je veux parler de la rigidité du ventre, ressemblant assez à la rigidité cadavérique, de cette tension marquée de la paroi, s'accompagnant parfois d'un gonflement médiocre, parfois au contraire d'un aplatissement et même d'une excavation du ventre, qui fait que la main exploratrice du chirurgien ne saurait réussir à la vaincre. Sous la palpation cette tension s'exagère plutôt et devient plus douloureuse encore. Le ventre est "comme en bois." Ce symptôme, doué de caractères si tranchés, dénote, si je suis bien informé, une lésion viscérale certaine. J'oserais même avancer, si je ne craignais pas d'être trop affirmatif, qu'il appartient en propre aux ruptures des organes creux. A un degré moindre, on voit, en d'autres cas, cette raideur, cette contraction de la paroi, ne se manifester que sous l'influence de la pression. Le ventre se "défend", comme on dit. Ainsi atténué, ce phénomène n'en a pas moins une portée réelle.

Les symptômes généraux immédiats sont quelquefois nuls, d'autres fois peu accentués et fugaces ; mais, dans bon nombre de faits, ils sont très prononcés et constituent cet ensemble de phénomènes que nous connaissons sous le nom de shock.

Sa présence semble démontrer, d'une manière suffisamment nette, la pénétration de l'action traumatique jusque dans la cavité abdominale, surtout si les signes en sont franchement accusés. Pâleur de la face, perte de connaissance, refroidissement, dissociation du pouls et de la température, etc., toutes ces manifestations du trouble profond subi brusquement par l'économie décèlent la violence de l'attaque sur le système nerveux splanchnique. Il ne saurait y avoir de doute sérieux sur l'interprétation que s'il existe concurremment d'autres blessures graves dont le shock pourrait être également la conséquence. Mais des lésions profondes, des lésions viscérales, même très importantes,

peuvent n'être suivies d'aucun shock. Conséquemment, si la présence du shock prouve beaucoup, son absence ne démontre rien à elle seule.

*Quel est le viscère lésé ?*

Je dois me contenter pour chaque organe d'une légère esquisse.

*Estomac.*—Coup habituellement violent dans la région épigastrique ou dans l'hypocondre gauche. Shock ordinairement marqué. Douleur vive assez bien limitée. Hématémèses plus ou moins abondantes qui peuvent cependant manquer. Vomissements répétés, ou efforts infructueux de vomissements, ou bien ni vomissements ni efforts. Emphysème sous-cutané rare.

*Intestin.*—Coup violent, ou en apparence modéré, notamment quand le corps contondant est étroit, sur tous les points de la paroi abdominale, particulièrement en avant et sur les côtés. Shock accentué, médiocre ou nul. Douleur très variable, profonde, parfois hyperesthésiée (Delorme). Hématémèses ou selles sanglantes très rares. Ventre tendu, dur, ou au contraire légèrement ballonné et souple, quelquefois sans modification appréciable. D'autres fois, le ballonnement est considérable, on trouve partout de la sonorité, et la matité hépatique disparaît derrière les gaz sortis de l'intestin et accumulés au-devant du foie.

*Mésentère, épiploon.* — Mêmes causes que ci-dessus. Shock modéré. Douleur médiocre. Signes d'hémorragie interne si des vaisseaux importants ont été intéressés. Lésions confondues d'habitude avec celles de l'intestin.

*Foie.*—Coup violent sur la base du thorax, l'hypocondre droit, ou la région épigastrique, ou bien sur un autre point plus ou moins éloigné du tronc; ou encore, chute d'un lieu élevé sur la tête, les pieds, le siège (choc indirect). Shock souvent prononcé, manque rarement. Souvent symptômes d'hémorragie interne. Douleur ordinairement vive dans la région hépatique, s'irradiant quelquefois vers l'épaule droite, ou le creux épigastrique, peut manquer. Respiration difficile et courte. Ictère rare.

*Voies biliaires.* — Coup habituellement violent dans l'hypocondre droit. Shock marqué, manquant quelquefois. Douleur vive au niveau du point frappé. Vomissements, ballonnement léger.

*Pancreas.*—Coup violent dans la région. Shock prononcé. Glycosurie.

*Ratc.*—Coup violent dans l'hypocondre gauche ou à la base du thorax du même côté, très rarement à droite. Shock accentué. Douleur vive. Signes d'hémorragie interne. Dans certains cas, matité considérable (épanchement de sang) avec refoulement du diaphragme et dyspnée.

*Reins.*—Coup violent dans la région lombaire ou dans le flanc. Shock accentué ou moyen. Douleur lombaire d'intensité variable, se propageant le long de l'uretère et de la cuisse. Parfois rétraction des testicules. Hématurie presque constante. Oligurie et même anurie quelquefois. Tuméfaction limitée (hématonéphrose) ou un peu diffuse (épanchement de sang) dans la région rénale.

*Uretère.*—Coup violent dans la région. Shock marqué. Douleur lombaire vive. Exceptionnellement, hématurie légère ou oligurie.

*Vessie.*—Coup violent dans la région hypogastrique ou sur le pubis. Shock manque assez souvent. Rétention d'urine. Ténésme. Urine sanguinolente retirée en petite quantité par le cathétérisme. Tuméfaction hypogastrique simulant la vessie, située au-devant de ce réservoir, symétrique ou non. Douleur d'intensité variable *in situ*.

*Utérus.*—Coup violent direct ou indirect chez une femme enceinte ou portant des fibromes utérins. Shock quelquefois absent. Douleur vive. En cas de grossesse, quelquefois coliques utérines et commencement de travail. Métorrhagie et symptômes d'hémorragie interne manquant habituellement. Forme et volume de l'utérus conservés dans certains cas. Le plus souvent, constatation de la tumeur fœtale dans le ventre, hors de sa cavité naturelle.

*Gros vaisseau.*—Coup violent. Symptômes d'hémorragie interne.

*Diaphragme.*—Pression violente sur la base du thorax ou la partie supé-

rière de l'abdomen. Shock prononcé. Douleur vive, dyspnée. Coexistence habituelle de nombreuses lésions d'autres organes. Quelquefois, on trouve l'estomac dans la plèvre gauche.

*Nerfs (plexus solaire).*—Coup violent, d'ordinaire sur une surface assez large, dans les régions épigastrique ou ombilicale. Shock accentué, quelquefois subitement ou rapidement mortel.

*Péritoine.*—Coup assez violent. Shock modéré ou nul. Douleur moyenne. Symptomatologie effacée ou confondue avec celle des lésions viscérales. <sup>!!!</sup>

*Kystes de l'ovaire, du foie, etc.*—Coup violent ou même léger. Shock modéré ou nul. Douleur légère. Disparition plus ou moins rapide et plus ou moins complète de la tumeur qui est remplacée par une ascite. Symptômes d'hémorragie interne rares.

*Tumeurs solides diverses.*—Coup violent ou modéré *in situ*. Shock modéré ou nul. Douleur plus ou moins vive. Rarement symptômes d'hémorragie interne.

Mais il serait dangereux de se dissimuler qu'il y a toute une série, malheureusement trop vaste, de faits beaucoup moins clairs, où le jugement s'assoit péniblement ou demeure forcément suspendu. Ces faits sont de plusieurs ordres. Nous avons d'abord ceux dans lesquels d'autres traumatismes, parfois multiples, à grand tapage, contemporains de la contusion de l'abdomen, détournent vers eux et absorbent l'attention (fractures du crâne, de la colonne vertébrale, des membres, etc.). Il y a aussi des faits plus fréquents où le même coup, la même chute a intéressé simultanément un ou plusieurs viscères de l'abdomen, et des os des organes voisins (os iliaques, côtes, poumons, etc.). Une confusion regrettable peut s'établir au détriment de la contusion abdominale.

#### TRAITEMENT.

*Traitement médical.*—Il consiste en un ensemble de moyens destinés à combattre les accidents généraux du shock et de l'hémorragie interne s'ils existent, à calmer la douleur présente, à immobiliser de toutes manières la région frappée ou les organes atteints, dans le but de favoriser la guérison naturelle, de prévenir les complications et enfin de les guérir si elles viennent à se produire. Stimulants, diverses injections de sérum, d'éther ou de caféine, repos absolu, diète, glace intus et extra, opium sous toutes ses formes, médications variées en rapport avec les états morbides constatés, telles en sont les principales bases.

En face d'un shock très grave ou devant un cas très léger nous sommes unanimes à l'employer. Nous avons réussi, les uns et les autres, à obtenir ainsi la cure de déchirures assez étendues du foie, de la rate et surtout du rein. Mais l'accord cesse aussitôt en présence des cas douteux.

Et c'est ici que s'élève la discussion, à laquelle prennent part bon nombre de chirurgiens. Le Dentu en tête.

Sauf, dit-il, le cas de rupture des reins ou de la vessie, le diagnostic direct des lésions viscérales causées par les contusions abdominales est soumis à de nombreuses chances d'erreur.

En face d'un cas douteux, que faire ?

Les uns ne veulent que du traitement purement médical ;—une deuxième catégorie "expectation armée" refusent d'intervenir chirurgicalement tant que la péritonite ne se sera pas montrée franchement, ou que le collapse ne sera pas imminent ;—les autres enfin font la laparotomie dès l'abord si les symptômes sont le moins graves.

Le Dentu soutient que la laparotomie purement exploratrice est justifiée toutes les fois que les éléments de diagnostic sont insuffisants pour fournir une certitude approximative, et que les circonstances permettront d'admettre *a priori* la possibilité de lésions viscérales. L'intervention devra être aussi hâtive que possible, mais, à moins d'hémorragies nécessitant une action immédiate, il

sera bon en général de laisser au blessé une ou deux heures pour se relever un peu d'un shock initial très violent.

\* \* \*

*Une des séances, assez mouvementée d'ailleurs, et qui nous a fort intéressé, fut celle où l'on discutait le traitement du mal de Pott.*

Calot—le chirurgien de Berek que son traitement des gibosités a placé en vue relativement depuis peu—ouvre la séance par un rapport avec quelques observations nouvelles et présente une série de planches photographiques, illustrant plusieurs cas, avant, pendant et après traitement. Il n'admet dans le mal de Pott d'autre intervention active que celle qui a pour but la correction de la difformité. S'attaquer à la paralysie ou à l'abcès par congestion (autrement que par les simples ponctions), c'est transformer le mal de Pott fermé en mal de Pott ouvert, dit-il. C'est d'ailleurs ainsi que se conduisent tous les chirurgiens sages en présence ou de la tumeur blanche du genou ou de la coxalgie, n'intervenant directement et activement que pour combattre les déviations.

En passant, je ferai remarquer que Phelps, de New-York, dont l'expérience en chirurgie orthopédique est large et vieille, diffère ici tout à fait avec le chirurgien de Berek. Combien de fois ne nous a-t-il pas répété à ses cliniques au Post-Graduate et au City Hospital : tumeurs blanches de la hanche ou du genou ? opérez, ouvrez dès que vous êtes certain d'être en présence d'un foyer purulent : il n'y a rien à gagner à laisser séjourner ainsi du pus. Ouvrez, évacuez, curetez, injectez *Hl. Iodoformée* au 10 0/0, faites un pansement à la gaze antiseptique et immobilisez au plâtre de Paris.

Evidemment les sujets franchement tuberculeux à abcès multiples, à réaction fébrile marquée et déjà fort émaciés ne gagneront rien ou à peu près à ce traitement : l'affection n'est plus ici locale, mais générale.

Chipault, qui suit Calot, engage la discussion sur la priorité d'un détail du traitement. Les chirurgiens qui suivent ne donnent rien de bien nouveau.

Docteur EUGÈNE ST-JACQUES.

Paris, 24 octobre 1897.

## DU RÔLE DE L'INSUFFISANCE VALVULAIRE DE LA SAPHÈNE INTERNE DANS LES VARICES DU MEMBRE INFÉRIEUR

Par M. DELBET (Hôpital-Dieu).

M. Delbet, dans une leçon clinique, reproduite dans la *Semaine Médicale*, a développé cette donnée que l'insuffisance des valvules de la saphène interne jouait un rôle prépondérant dans la production des hémorrhagies et des ulcères qui accompagnent les varices. A l'appui de son dire il a présenté deux malades, atteints de rupture de varices des jambes, et chez lesquels il a fait constater à ses élèves que les valvules de la saphène interne étaient forcées. Voici comment il a procédé à cette constatation chez le premier malade.

Cet individu étant couché horizontalement, la saphène n'est pas dilatée, elle paraît vide. En tout cas elle se vide complètement quand on élève la jambe au-dessus du plan du lit. Mais si, la jambe reposant sur le lit, on prie le patient de s'asseoir, on voit la veine se gonfler. Elle se tend davantage encore si le malade se met debout. Ces premières expériences montrent que le sang obéit dans la saphène aux lois de la pesanteur, ce qui ne devrait pas avoir lieu si les valvules fonctionnaient bien.

M. Delbet a recouru à une seconde expérience encore plus satisfaisante. Le sujet étant dans le décubitus horizontal et la saphène étant vidée, avec le

pouce il a comprimé cette veine au niveau de son embouchure dans la fémorale, et tout en maintenant la compression il a fait lever le malade : tant que la compression a persisté efficace, la saphène est restée vide ; mais dès qu'on a cessé la compression, le vaisseau s'est brusquement rempli. Cela prouvait donc que la saphène se remplissait non pas de bas en haut dans le sens de la circulation, mais bien du haut en bas, c'est-à-dire en sens inverse. En examinant avec attention, on pouvait même voir en quelque sorte le sang tomber de la fémorale dans la saphène pour la remplir. Enfin si, cette veine étant remplie, on la percevait légèrement, suivant le conseil de M. Schwartz, on voyait l'onde déterminée par le choc se transmettre d'une manière également régulière dans les deux sens.

Il était donc évident que les valvules de la saphène étaient forcées chez ce patient.

Chez le second malade, à première vue il semblait inadmissible d'admettre que les valvules de la saphène fussent forcées, car cette veine était absolument invisible. Il est vrai qu'on pouvait la sentir ; elle devenait ferme et rénitente, quand le malade était debout, quand il faisait des efforts. Mais cette sensation était délicate à percevoir ; on pouvait discuter sa valeur. Aussi M. Delbet a voulu donner de l'insuffisance de ses valvules une démonstration qui fut irréusable.

Le malade étant anesthésié à la cocaïne avant de procéder à la ligature et à la résection de la saphène, on a mesuré au manomètre la pression dans le bout central et dans le bout périphérique de cette veine.

A cet effet M. Delbet a dénudé, à la partie moyenne de la cuisse, la saphène, dont le volume était absolument normal. Il a d'abord introduit, dans le bout supérieur ou central du vaisseau sectionné, une canule qui communiquait par un tube avec un manomètre à mercure. Aussitôt que la canule a été mise en place, la malade étant assis, la colonne de mercure s'est élevée, et on a pu constater que la pression dans le bout supérieur de la saphène faisait équilibre à une colonne de 2 centimètres de mercure. Qu'aurait dû être la pression dans le bout central, si les valvules avaient fonctionné ? Elle aurait dû être nulle, c'est-à-dire égale à zéro. Or, elle était de 2 centimètres de mercure : cela suffisait à démontrer que les valvules de la saphène étaient forcées.

Le patient fut ensuite invité, non pas à se placer horizontalement, car par suite du dispositif de l'expérience la chose n'était pas possible, mais simplement à renverser le buste en arrière pendant qu'on le soutenait. Sous l'influence de ce léger changement de position, la pression s'est abaissée de 6 millimètres : elle est tombée à 14 millimètres de mercure. Puis le sujet étant debout, elle s'est alors élevée à 4 centimètres de mercure. Enfin, en le laissant debout, et sous l'influence de deux efforts successifs, la pression s'est élevée à 9, puis à 13 centimètres de mercure.

Ces expériences démontrent en premier lieu que les valvules de la saphène peuvent être forcées, alors même que le vaisseau ne présente aucune dilatation.

Elles permettent en outre d'apprécier par des chiffres précis les variations de pression qui sont la conséquence de l'insuffisance valvulaire.

Pour M. Delbet ces élévations de pression jouent un rôle considérable dans la pathogénie des ruptures des varices et des hémorragies qui les accompagnent.

Si l'on met de côté les ruptures de varices qui se produisent chez les femmes enceintes ou dans le coup de foudre, on peut dire que les ruptures vulgaires sont en général de très petites dimensions, si petites que lorsque la veine est affaissée on a de la peine à trouver l'orifice, qui souvent n'admet pas l'extrémité d'un stylet boutonné ordinaire. Comment un si petit orifice pourrait-il donner passage à une si grande quantité de sang si la pression était dans le vaisseau atteint ce qu'elle est dans une veine ordinaire ? L'hémorragie notable qui a lieu dans de telles conditions ne peut s'expliquer que par une augmentation de la pression. Cette augmentation existe réellement et, ce qui le prouve encore, c'est que tous ceux qui ont assisté à l'accident ont été frappés

de l'énergie du jet qui se produit alors. Or, cette augmentation de pression tient et ne peut tenir qu'à l'insuffisance valvulaire de la saphène.

M. Delbet pense que l'insuffisance valvulaire de la saphène joue aussi un rôle dans la production des ulcères variqueux.

Les ulcères variqueux diffèrent profondément des plaies ordinaires par leur évolution. On peut dire d'une plaie ordinaire qu'elle a toujours tendance soit à s'aggraver, soit à guérir : ou bien les éléments septiques l'emportent et des décolllements se produisent, des lymphangites, des phlegmons, des adénites apparaissent ; ou bien les éléments septiques succombent et la plaie se cicatrise. Dans les ulcères variqueux, ni l'une ni l'autre de ces deux tendances opposées ne se manifeste nettement ; la tendance à la guérison est nulle, et on peut dire aussi que la tendance à l'aggravation est bien faible, car s'il est vrai que les ulcères variqueux gagnent en étendue, ils le font d'ordinaire avec une extrême lenteur et, d'autre part, il est très rare que ces ulcères deviennent l'origine de lymphangites ou de phlegmons.

A quoi tiennent ces deux caractères opposés ? Ils tiennent tous deux aux troubles de nutrition. Ceux-ci empêchent bien évidemment la guérison de s'effectuer, mais il est probable aussi qu'ils sont un obstacle au développement des lymphangites et des phlegmons, parce que le terrain qu'ils fournissent aux microbes est un mauvais milieu où leur virulence s'atténue.

En quoi consiste ce trouble de nutrition ? Nous l'ignorons. Mais à quoi est-il dû ? Quelle en est la cause, c'est-à-dire quelle est la pathogénie des ulcères variqueux ?

On l'a attribué à l'athérome artériel qui n'est pas rare dans ces cas. M. Delbet ne se rallie pas à cette opinion parce que varices et athérome artériel ne sont pas toujours associés. On voit nombre de variqueux qui ne sont pas athéromateux, et réciproquement beaucoup d'athéromateux ne sont pas variqueux.

La théorie nerveuse est très en faveur en ce moment ; elle fait dépendre les ulcères variqueux d'une névrite interstitielle.

M. Delbet ne nie pas l'existence de cette névrite, mais il conteste le rôle qu'on veut lui faire jouer. Il existe, dit-il, au membre inférieur un trouble trophique, type ; c'est le mal perforant, or il n'existe presque jamais avec les varices. D'un autre côté il n'y a pas, à sa connaissance, de lésion nerveuse qui soit capable d'entraîner des troubles trophiques, alors que les autres fonctions du nerf sont intactes : fonction motrice, fonction sensitive.

Dans les névrites bien avérées, les troubles trophiques ne vont pas sans troubles sensitifs. Si donc les ulcères variqueux sont dus à des névrites, ils doivent être associés à des troubles sensitifs considérables. Or, quand ils existent, ils sont bien légers, et ne perdent guère que sur la sensibilité thermique. Pour toutes ces raisons M. Delbet pense que, si les lésions des nerfs jouent un rôle dans la pathogénie des ulcères variqueux, ce rôle n'est pas primordial.

Il y a un fait connu de tout le monde, c'est l'influence heureuse du repos au lit sur la marche des ulcères variqueux.

Cette action ne peut s'expliquer que par l'intermédiaire des modifications circulatoires imposées par le repos au lit ; il faut donc que les troubles de la circulation jouent un rôle capital dans la pathogénie de ces ulcères.

Tant que les valvules sont intactes la pression n'est pas augmentée, et la circulation se fait régulièrement dans les capillaires, agents principaux de la nutrition ; la différence d'action entre la station debout et le décubitus horizontal n'est pas bien grande. Or, cette différence est, au contraire, considérable dans ses effets sur les ulcères variqueux. Pour expliquer cette différence énorme il faut admettre qu'il existe de profondes modifications dans la pression veineuse et ces modifications ne peuvent se produire que si les valvules de la saphène sont insuffisantes.

Cette insuffisance valvulaire de la saphène agit de deux façons au point de vue de la pathogénie de l'ulcère variqueux. D'abord l'excès de pression qui se

produit dans ce vaisseau dès que le malade est debout ou qu'il fait des efforts se transmet par les veinules de la jambe jusqu'aux capillaires. A chaque instant cette pression devient dans la veine égale ou supérieure à ce qu'elle est dans les ramuscules artériels ; en conséquence, la circulation capillaire, dans les domaines qui sont tributaires de la saphène, c'est-à-dire dans la peau et dans le tissu cellulaire sous-cutané de la face interne de la jambe, ne peut plus se faire et la nutrition de ces tissus est par suite profondément troublée.

D'autre part le sang qui reflue à chaque effort dans la veine saphène, suit une direction centrifuge. Il chemine donc de haut en bas, du pli de l'aîne vers le pied. En arrivant à la jambe il rencontre des anastomoses unissant le système veineux superficiel au système veineux profond. Dans ces anastomoses jambières, les valvules sont en général, disposées de telle sorte qu'elles permettent le passage des veines superficielles vers les veines profondes. Le sang contenu sous une grande tension dans la saphène ou ses branches va donc se diriger vers les veines tibiales ou péronières, et de là il sera ramené par la veine poplitée dans la veine fémorale. Mais au niveau de l'embouchure de la saphène, une partie du sang va refluer dans cette dernière et accomplir le même circuit. Il s'établit ainsi une sorte de circuit veineux dans lequel le sang perd de plus en plus ses propriétés vivifiantes : d'où une nouvelle cause de troubles nutritifs.

On ne doit pas estimer la force de la pression par le plus ou moins de dilatation des veines ; celle-ci n'est pas fonction de celle-là.

Il est une autre condition qui intervient et joue un rôle capital : l'état de la paroi veineuse. Avec une grosse pression et des parois résistantes, la dilatation sera minime ; avec une pression médiocre et des parois affaiblies, la dilatation pourra être énorme.

M. Delbert serait tenté de croire que le siège topographique primitif des varices n'est pas toujours le même, qu'il y a des varices à début jambier et des varices à début fémoral. Avec les premières, les veines de la jambe peuvent être très dilatées, bien que la pression ne soit pas notablement élevée, la saphène n'étant pas forcée. Avec les secondes, les mêmes veines peuvent être peu dilatées bien que la pression soit très augmentée, la saphène étant forcée.

On a coutume d'admettre trois degrés dans l'évolution des varices : 1° la dilatation simple ; 2° la dilatation uniforme avec épaissement ; 3° la dilatation inégale avec épaissemens et amincissements. Cette division ne paraît pas juste à M. Delbert. Le premier degré des varices consiste, dit-il, non dans la dilatation, mais bien dans l'altération des parois. Aussi il propose de substituer à cette classification anatomo-pathologique, la suivante, qui est essentiellement clinique : *varices à grande tension* et *varices à faible tension*.

Les varices à faible tension sont celles dans lesquelles les valvules de la saphène fonctionnent bien. Ce sont des varices à début jambier. Elles entraînent peu de troubles fonctionnels ; elles sont généralement bien tolérées.

Les varices à grande tension sont celles dans lesquelles la saphène est forcée. Elles débutent par la cuisse ou l'envahissent secondairement. Elles déterminent des troubles pénibles (sensation de pesanteur, œdème, crampes), des accidents graves (ruptures, ulcères) ; elles sont mal tolérées.

La conclusion de cette manière de voir, c'est que dans les varices à grande tension il faut remplacer les valvules qui manquent à la saphène pour empêcher le sang de refluer du haut en bas dans le vaisseau, et la colonne sanguine de peser de tout son poids sur les capillaires de la jambe. Le moyen pour arriver à ce but, c'est de sectionner la saphène entre deux ligatures ou d'en réséquer un segment.

Il ne faut pas demander à cette opération plus qu'elle ne peut donner. Elle ne guérit pas les varices ; cela est absolument impossible. La cure radicale des varices est un mythe, car on ne peut pas refaire les veines d'un membre ; mais la résection de la saphène transforme des varices à grande tension en varices à faible tension, c'est-à-dire des varices mal tolérées en varices bien tolérées, ce qui est déjà fort beau.—(*L'Abille Médicale.*)

## OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

## TRAITEMENT DES TRANCHÉES UTÉRINES.

**PATHOGÉNIE.**— On donne le nom de tranchées utérines à des contractions douloureuses et intermittentes, qui surviennent chez les nouvelles accouchées. Les tranchées reconnaissent une double origine, elles sont dues tantôt à des causes *réflexes*, tantôt à des causes *mécaniques*.

I.— Au nombre des *causes réflexes*, il faut compter : toutes les excitations de la zone génitale ou de la zone mammaire : mouvements de l'accouchée se communiquant à l'utérus, succion du mamelon, etc. Pour Marotte, elles seraient la conséquence des crises aiguës de névralgie lombo-abdominale.

II.— Les *causes mécaniques* peuvent siéger :

A. En dehors de l'utérus : dans la zone péri-utérine on a noté l'influence qu'exerce la réplétion de la vessie et du rectum sur la production des coliques post-partum.

B. Dans l'utérus : la présence dans l'utérus d'un corps étranger quelconque, débris placentaires ou membranueux, caillot sanguin, etc., sollicite énergiquement les contractions du muscle utérin ; or ces contractions deviennent douloureuses quand elles agissent sur le col, et lorsqu'elles tendent à le dilater. C'est ainsi que les tranchées s'observent plus souvent et affectent plus d'intensité chez les femmes dont la contractilité utérine a perdu de sa puissance, chez les *multi-pares*, par exemple ; mais les primipares n'en sont pas absolument indemnes. Quand la cavité utérine a subi pendant la gestation une forte distension, du fait d'une hydropisie de l'amnios, ou d'une grossesse gémellaire, quand, pendant l'accouchement, le travail a été lent, accompagné d'inertie, ou encore lorsque le travail a marché fort rapidement et que la déplétion de l'utérus a été très brusque, dans l'un comme dans l'autre cas, l'utérus se rétracte incomplètement ; les *ligatures cicantes* ne jouent plus leur rôle fonctionnel, le sang provenant de la plaie placentaire s'accumule dans l'utérus, des caillots se forment et leur expulsion ne peut se faire qu'au prix de contractions douloureuses.

Pour se convaincre de l'exactitude de cette pathogénie, il suffit d'examiner une accouchée atteinte de tranchées : la main, placée sur l'hypogastre sent nettement l'utérus se durcir, se porter en avant, en même temps que la femme accuse une douleur plus ou moins vive, et immédiatement après on peut constater l'issue par la vulve d'une petite quantité de liquide sanguinolent : une injection vaginale, donnée à ce moment, ramène fréquemment des débris solides plus ou moins volumineux.

Le plus souvent, grâce à leur peu d'intensité et à leur courte durée (24 à 48 heures d'ordinaire), ces coliques ne nécessitent aucun traitement ; cependant nous les avons vues, chez des femmes nerveuses en particulier, acquérir une activité intolérable, s'accompagner de vomissements, d'endolorissement de tout l'abdomen, de perte de sommeil, etc. Même en dehors de ces cas extrêmes, les tranchées ne doivent pas, nous semble-t-il, être considérées comme quantité négligeable ; l'accouchée qui les endure est déjà surmenée par un travail quelquefois long et pénible ; or on sait que le surmenage est un des facteurs les plus importants dans l'étiologie des infections microbiennes ; il est donc indispensable de permettre à cet organisme épuisé de prendre le repos dont il a besoin, pour mieux lutter dans la suite contre l'invasion des éléments septiques.

**DIAGNOSTIC.**—La double notion pathogénique que nous venons d'établir a une grande valeur au point de vue du traitement. Les tranchées d'origine réflexe réclament en effet une autre thérapeutique que les tranchées de cause mécanique.

Mais peut-on en clinique les différencier? Sans parler de l'examen minutieux des annexes, qu'il faut pratiquer immédiatement après la délivrance, et qui fera reconnaître que le placenta et les membranes ont été incomplètement expulsées, souvent l'aspect de l'utérus pourra donner une indication utile. Si, dans l'intervalle des contractions, l'utérus reste *dur et gros*, sans alternative de relâchement, la rétention de caillots ou de débris solides a de grandes chances d'exister. Ce phénomène, il est vrai, n'est pas constant, mais chaque fois que nous l'avons constaté, nous avons pu nous rendre compte, plus tard, qu'il était dû à la présence d'un corps étranger dans l'utérus.

**TRAITEMENT.**—Posons d'abord en principe qu'avant toute médication il sera nécessaire de vider la vessie, soit naturellement ce qui vaut mieux, soit par un cathétérisme, et d'administrer un lavement évacuateur.

I. *Tranchées d'origine réflexe.* Faut-il, à titre prophylactique, comme le veulent Velpeau et Jouslin, administrer de l'ergot de seigle immédiatement après la délivrance? Faut-il, à l'exemple d'autres auteurs, pratiquer au même moment une injection intra-utérine? Ces deux moyens nous paraissent presque toujours inefficaces, souvent même dangereux.

Comme traitement *curatif*, c'est l'opium qui, sous toutes ses formes, a été le plus recommandé. La poudre de Dower (50 centigrammes en 3 fois), l'élixir parégorique (60 à 80 gouttes en 3 fois), les injections hypodermiques de morphine ont été employées très fréquemment. Mais le traitement classique par excellence des tranchées est le lavement laudanisé qui peut se formuler ainsi :

Eau bouillie.....	40 gr. (10 onces)
Laudanum.....	XV gouttes.

Ces préparations opiacées, surtout la dernière, réussissent le plus souvent à calmer les douleurs utérines, mais elles ont quelquefois l'inconvénient d'amener un peu de constipation; aussi préfère-t-on, dans quelques cas, d'autres hypnotiques, tels que le chloral, le bromure de potassium et l'antipyrine. Ce dernier médicament jouit d'une faveur toute spéciale; nous l'avons souvent prescrit de la façon suivante :

Antipyrine.....	3 gr. (45 grains)
Sirop de bromure de potassium du Codex.....	30 gr. (1 drachmes)
Hydrolat de feuilles d'oranger.....	60 gr. (1½ once)

Chaque grande cuillerée contient environ 80 centigrammes (12 grains) d'antipyrine.

On peut l'administrer aussi sous forme de lavement :

Antipyrine.....	2 gr. (30 grains)
Eau bouillie.....	120 gr. (4 onces)

L'extrait de *viburnum prunifolium*, seul ou associé à d'autres substances, possède aussi une action sédative marquée :

Extrait fluide de <i>viburnum prunifolium</i> .....	} à 15 gr. (3 drachmes)
Extrait fluide d' <i>hydrastis canadensis</i> .....	

XX gouttes toutes les deux heures dans une boisson chaude.

Il sera aussi utile d'appliquer sur le ventre des serviettes chaudes (*propres*); le plus élémentaire prudence conseille de laisser de côté le vieux et septique cataplasme.

II. *Tranchées d'origine mécanique.* Si le diagnostic de tranchées par rétention s'impose, rappelons d'abord que la vessie et le rectum doivent être évacués.

L'expression utérine, tentée dans l'intervalle des coliques, pourra, bien des fois, principalement dans les heures qui suivent l'accouchement, rendre de grands services en débarrassant l'utérus des caillots qu'il renferme.

Les injections vaginales chaudes entre 45° et 48° (c) agiront dans le même sens en faisant contracter le muscle utérin et en sollicitant ainsi l'expulsion des matières retenues. Leur action pourra être aidée par la potion à l'antipyrine déjà formulée.

Si ces moyens n'amènent pas le soulagement de la malade et la déplétion de l'utérus, si les coliques persistent avec la même intensité, on aura recours, mais seulement dans ces cas, aux injections intra-utérines faites avec prudence et à basse pression; on verra le plus souvent, sous leur influence, les douleurs s'atténuer et le diamètre vertical s'abaisser, quand le corps étranger aura été entraîné au dehors par le liquide de l'injection.

Nous ne voulons pas insister sur les dangers que présentent parfois les injections intra-utérines, *non est hic locus*; mais, en raison même de ces dangers, il faudra ne les employer qu'en dernier ressort et après l'insuccès des autres méthodes.—(*Rev. des mal. des femmes*).

J.-L. AUDEBERT.

---

Primipare à 8 1/2 mois de grossesse, atteinte d'œdème et d'albuminurie. Régime lacté et autres soins employés avec peu de résultat pendant plusieurs jours. Provocation du travail, forceps. Suites heureuses pour la mère et l'enfant.

Par M. le professeur CHARLES.

Nous avons insisté dernièrement sur la nécessité du traitement prophylactique de l'éclampsie et nous avons conclu en disant : 1° il faut examiner les urines de toutes les femmes pendant les deux derniers mois de la grossesse au plus tard, surtout des primipares atteintes d'œdème; 2° si l'on constate de l'albuminurie, on doit instituer un traitement en conséquence; 3° en cas d'échec de ce traitement, il est indiqué de provoquer l'accouchement, qui nous a donné 100 0/0 de succès pour la mère et 75 0/0 pour l'enfant.

Voici un cas de cette dernière catégorie, observé dans notre service, il y a quelques mois.

Rosine L..., âgée de 22 ans, se présente à la Maternité le 20 avril dernier, à 10 heures du matin, parce qu'elle ressent de petites douleurs dans le ventre. Elle est de taille moyenne, de tempérament lymphatique bien conformée.

Elle a été réglée à 18 ans et depuis lors régulièrement tous les mois pendant 2 jours jusqu'en juillet 1895. Devenue alors enceinte, elle a eu une grossesse facile.

L'utérus est développé longitudinalement et son fond arrive à l'épigastre.

Le palper et l'auscultation indiquent que le fœtus se trouve en première position du sommet. Les doubles battements sont normaux, l'enfant est bien portant.

Le toucher indique, outre la primiparité, qu'il n'y a pas d'apparence de travail; il y a peu de lubrification, le col est long et fermé. On ne constate du reste aucune contraction.

Les pieds et les jambes sont œdématisés, mais la femme ne sait depuis combien de temps.—Par la sonde on retire une certaine quantité d'urine claire, contenant 5 grammes d'albumine au tube d'Esbach.

Traitement : bain de propreté, régime lacté absolu, 15 grammes de sel anglais (qui donnent plusieurs selles).

Le lendemain 21 : plus de douleurs, lait exclusif ; grand bain chaud à 45°, suivi d'enveloppement dans des couvertures de laine (forte sudation pendant 2 heures). Trois grammes d'albumine.

Les 22, 23 et 24 on continue le régime lacté, les purgatifs (4 à 6 selles liquides par jour), les bains chauds suivis d'enveloppement pour amener une abondante diaphorèse.

Le résultat de ce traitement est assez piètre : l'œdème diminue, mais l'albumine oscille chaque jour entre 2 gr. 172 et 3 grammes, ne diminue donc plus. Le travail ne se manifeste pas. La malade se plaint de douleurs de reins pendant toute la nuit du 24 au 25 ; elle s'affaiblit du fait du régime et du traitement qu'elle n'accepte qu'à son corps défendant et qu'on ne pourrait guère continuer plus longtemps.

Dans ces conditions nous décidons de provoquer le travail, afin de soustraire sans nouveau retard la mère et l'enfant aux dangers qui les menacent l'un et l'autre.

On commence le 25 dans la matinée par deux bains de siège et deux irrigations vaginales chaudes à 45°, afin de commencer la dilatation du col (toujours clos). A midi, cône d'éponge préparée dans le col. Le soir, injection cervico-utérine de Kufferath, suivie bientôt de douleurs qui continuent la nuit. Encore deux bains de siège pendant cette nuit.

Le 26, le col est effacé et dilaté comme 50 centimes ; le sommet est engagé en G. A. L'œdème a presque disparu, mais l'urine contient 11 grammes d'albumine. De plus, la malade se plaint de céphalalgie et de nausées ; on lui passe deux lavements contenant chacun 1 gramme de chloral et 2 grammes de bromure de potassium.

Les contractions continuent et l'après-dîner les eaux s'écoulent avec une dilatation de 2 francs.

Pendant toute la journée, on alterne les bains de siège et les irrigations cervicales.

A 9 heures du soir, dilatation comme une petite paume de main ; contractions très énergiques toutes les 5 minutes.

On continue pendant la nuit les bains et les injections, afin de ne pas laisser disparaître les contractions. On ausculte fréquemment pour s'assurer du bon état de l'enfant.

Le 27, à 6 heures du matin, la dilatation est enfin complète et l'on peut faire pousser la patiente.

Le sommet descend lentement ; il arrive à 9 h. 172 au bas de l'excavation. A ce moment, on constate que le liquide amniotique qui sort au moment des contractions est souillé de méconium. L'enfant souffre donc et doit être extrait sans retard.

Vers 10 heures, on chloroforme la femme et nous appliquons le forceps, qui permet d'amener bientôt à l'extérieur, un enfant bien portant du poids de 2.890 grammes et mesurant 49 cent. Il respire et crie sans se faire prier.

De suite après la sortie du nouveau-né, la mère est prise d'un frisson assez intense, mais qui ne dure que 2 à 3 minutes (grog chaud et couvertures).

La délivrance s'effectue normalement 20 minutes plus tard. Le placenta offre plusieurs petites plaques de dégénérescence (infarctus blanc de l'albuminurie) ; il y a en outre deux petits îlots séparés de la masse principale (placentas succenturiés).

La tête de l'enfant est peu volumineuse ; le diamètre B. P. n'a que 8,8 ; le B. T., 7,6 ; O. F., 12 ; O. M., 13.

Les suites de couches ont été absolument régulières ; le 1er jour il y avait encore 9 gr. d'albumine dans les urines, mais dès le lendemain il n'y en avait plus que 172 gr. et le 3e jour à peine des traces ; l'œdème était complètement disparu à ce moment.

L'enfant, mis au sein le lendemain de sa naissance, pesait 3.000 gr. le 5e jour et 3.110 gr. le 10e. Le cordon simplement entouré d'ouate hydrophile est tombé le 5e jour.

*Réflexions*—Il est certain que les sceptiques pourront toujours soutenir que les convulsions ne seraient peut-être pas arrivées. Mais quand on assiste souvent aux scènes terribles de l'éclampsie (comme nous en avons encore vu deux dans la dernière quinzaine. L'une suivie de guérison de la mère et de l'enfant et l'autre de la mort de tous les deux) ; lorsqu'on sait d'après nos statistiques qu'une femme sur trois albuminuriques est atteinte de cette grave maladie qui emporte plus du quart des mères et près de la moitié des enfants ; si l'on constate dans un cas donné le peu de résultat du traitement antialbuminurique et par le fait même l'imminence du péril. on serait coupable d'hésiter plus longtemps à provoquer l'expulsion du fœtus, qui n'est ni difficile ni dangereuse et sauve toutes les mères et les trois quarts des enfants.

(*J. d'acc., de Liège.*) (*Journ. des Sages-Femmes.*)

#### M. le Dr Rottot.

M. le Dr Rottot est entré dans sa cinquantième année de pratique. Ses collègues et confrères, voulant témoigner leur appréciation des qualités professionnelles qui distinguent le Dr Rottot, avaient pensé fêter cet anniversaire en se réunissant autour d'une table de banquet. Mais, le Dr Rottot, avec cette modestie et cette délicatesse excessives qu'on lui connaît, s'est dérobé à toute manifestation publique de sympathie, tout en témoignant de sa profonde reconnaissance pour la flatteuse attention de ses collègues et amis. Le dévoué professeur n'a pas pu éviter, cependant, une autre démonstration qui l'a profondément touché. Un matin, qu'il entraît à l'amphithéâtre donner sa clinique, les étudiants de la Faculté l'ont accueilli avec des applaudissements prolongés, et lui ont remis, en souvenir de son anniversaire, une médaille d'or commémorative. Cette jolie démonstration fait honneur à messieurs les étudiants.

#### Le nouveau Bill des médecins.

Nous attendons de nouveaux renseignements pour parler du Bill que nos gouverneurs présentent à Québec : on nous a tenu tellement dans le mystère, que nous ne saurons pas grand chose tant qu'il n'aura pas été discuté devant la Chambre. On s'y occupe, paraît-il, des chariatans. Nous serons les premiers à applaudir à un mouvement de cette direction. On nous parle d'un conseil de discipline qui aurait les plus grands pouvoirs ; ceci est plus grave, attendons. Quant au projet de donner à Montréal deux représentants de plus, les médecins de la province en comprennent tellement l'injustice, que ceux du district de Joliette ont signé une pétition, qu'ils ont confiée au député du comte, M. Tellier, demandant à la Législature de ne pas accorder cette augmentation, et demandant en plus le droit pour chaque district d'élire ses représentants. Voilà deux ans que l'*Union Médicale* écrit dans ce sens.

La résolution votée par le Bureau des Gouverneurs au sujet des médecins attachés aux sociétés de bienfaisance n'aura pas de suite, d'après ce que nous apprend notre aimable confrère, la "Clinique." Ce changement subit nous paraît pour le moins singulier. Espérons que la "Clinique" voudra bien nous faire sortir, nous et nos lecteurs, du pays des inconnus.

## REVUE D'HYGIÈNE

NOTES SUR LA DÉSINFECTION DES CHAMBRES PAR  
LA FORMALDÉHYDE (1)

Par WYATT JOHNSTON, M. D.

Bactériologiste du Conseil d'Hygiène de la Province de Québec.

*(Avec la collaboration de D. D. MacTaggart, M. D.)*

C'est étonnant comme nous connaissons peu ce qui se passe véritablement dans la désinfection habituelle des chambres par les diverses méthodes, comparé à ce que nous savons des divers phénomènes que l'on rencontre dans des conditions expérimentales plus précises.

Nous avons pensé que, en trouvant un procédé simple et suffisamment constant pour contrôler la désinfection des chambres, procédé qui pourrait alors être employé par des officiers de santé dans l'exercice de leurs fonctions habituelles, nous pourrions obtenir des renseignements importants d'une grande utilité dans le choix des méthodes à suivre.

J'ai imaginé dans ce but, pour le Conseil d'Hygiène de la Province de Québec, un outillage qui permet d'enfermer des objets d'épreuve infectés (bouts de caoutchouc trempés dans des cultures en bouillon et séchés) dans des sacs de mousseline de couleur différente, et de s'en servir pour juger le degré de pénétration des vapeurs désinfectantes. L'emploi de ces sacs peut être confié à des personnes peu renseignées. On place un paquet rouge à l'air libre, près de la source de désinfection, un paquet jaune éloigné de cette source; on met un paquet vert, légèrement enveloppé, dans une poche d'habit; enfin on enveloppe profondément un paquet bleu dans une couverture, ou un matelas. On peut laisser sur l'enveloppe des paquets des espaces en blanc pour y insérer certains détails, tels que l'espace cubique, la quantité de désinfectant employée, etc..... Les couleurs et l'emploi d'une fermeture en métal pour les paquets permettent de constater l'action décolorante ou ternissante du désinfectant. Cette action existe invariablement avec la fumigation au soufre, et jamais avec la formaldéhyde. Nous avons, l'année dernière, désinfecté un grand nombre d'habitations élégamment meublées, et aucune détérioration n'a été imputée à la formaline.

Pendant que nous imaginions cet outillage, nous avons reçu des conseils utiles du Dr W. H. Park de New-York.

Nous avons constaté que pratiquement cet outillage répondait bien à son but. Nous avons surtout employé, comme organisme d'épreuve, le *staphylococcus aureus*; lorsqu'il s'agissait de la vapeur, nous n'employions que des cultures de pureté. Nous avons trouvé qu'il valait mieux, à cause des pouvoirs inhibitoires considérables de traces même légères de formaline, neutraliser les objets d'épreuve avec la vapeur d'ammoniaque en grande quantité avant de faire les cultures ou de laisser plusieurs heures s'écouler.

Cet outillage est très utile pour l'épreuve de la désinfection par la vapeur ou les gaz. On peut faire l'épreuve des solutions antiseptiques d'une manière

(1) Travail lu devant l'Association Médicale Britannique à Montréal, Sept. 1897.

simple en faisant tremper les tampons montés qui ont servi à prendre les cultures dans la gorge dans des cultures en bouillon, ou des liquides contenant le microbe d'épreuve. Lorsque ces tampons ont séché, on les laisse séjourner le temps voulu dans les solutions antiseptiques qu'on veut éprouver, puis l'on essaie de faire des cultures sur bouillon ou sérum. On devra enlever toute trace de la substance désinfectante soit en lavant dans l'eau stérilisée soit en faisant tremper dans une solution neutralisante. (ammoniaque, sublimé, etc.) afin d'empêcher qu'aucune action inhibitoire ne simule une action germicide réelle. Les résultats que l'on obtiendra de cette manière donneront probablement une meilleure idée générale de ce qui se passera dans la pratique ordinaire que les résultats obtenus par des méthodes d'épreuve plus compliquées et plus exactes.

Nous énumérerons comme suit les desiderata de la désinfection des chambres :

1. Efficacité, surtout en ce qui regarde la certitude du résultat dans des conditions données. L'incertitude d'action du gaz sulfureux est un grave embarras.

2. Inocuité pour les effets désinfectés.

3. Coût. Ce dernier item doit comprendre non seulement la dépense immédiate pour la substance désinfectante, mais encore le coût de l'appareil, le personnel, les moyens de transport, etc ..

Les méthodes généralement employées sont la désinfection à l'aide de solutions et par la fumigation au soufre ou à la formaline, et avec la vapeur lorsque les objets demandent de la pénétration. La fumigation préliminaire, pour désinfecter les surfaces des objets qui doivent être transportés pour être soumis à la vapeur, est une protection, mais cause du retard.

Ce que j'ai à dire maintenant regarde l'emploi de la formaldéhyde.

On sait très bien que les solutions de cette substance sont des désinfectants puissants et rapides, et ses vapeurs ont montré une puissance de pénétration considérable. Si l'action n'est pas aussi rapide qu'avec la vapeur, elle est de beaucoup plus certaine que celle du gaz sulfureux et n'a aucune tendance à détruire les objets.

J'ai surtout employé, pour la désinfection des chambres, des appareils générateurs par lesquels le gaz est dégagé sous pression d'un mélange à parties égales de formaline et d'une solution à 20 0/0 de chlorure de chaux. Nous avons trouvé le petit appareil construit par la *Sanitary Construction Co.*, de New-York, et qui coûte \$13 à Montréal, le plus favorable, après avoir essayé nombre d'autres dont une partie seule avait donné des bons résultats.

Dans un modèle plus récent qui coûte \$27.50 à Montréal, on a fait disparaître le danger occasionné par la pression. La vapeur est surchauffée en passant, sans pression, dans un labyrinthe ou spirale (*coil*) en cuivre. Cette innovation paraît reposer sur un principe exact ; mais le nouvel appareil lui-même coûte inutilement cher et pourrait être simplifié avec avantage. L'affirmation que, dans cet appareil à pression au chlorure de chaux, toute la formaldéhyde effective se dégage du radiateur pendant la désinfection est fautive. Nous avons obtenu de bons résultats même avec le résidu qui demeure dans la chambre après la fumigation.

Mon expérience des lampes à formaldéhyde est moins satisfaisante. Leur action me semble incertaine, et une certaine quantité de vapeur d'alcool méthylique s'échappe sans être modifiée à mesure que le tirage de la lampe augmente. Quant à la pénétration, cependant, les résultats ont été, lorsqu'on employait les lampes dans un espace clos et petit, plus satisfaisants qu'on aurait pu s'y attendre après les résultats obtenus dans les chambres ordinaires.

Nous avons constaté qu'il était préférable d'employer des quantités de formaldéhyde plus considérables que celles généralement conseillées ; et nos

résultats, désappointants au premier abord, devinrent très satisfaisants quand nous employâmes 1 livre de formaldéhyde par 1000 pieds cubes ou une pinte d'alcool méthylique pour le même espace et quand nous prolongeâmes la durée du jet de vapeur 1 et 3 heures. Nous constatons que d'autres expérimentateurs, qui d'abord conseillaient l'emploi de quantités plus petites, maintenant en recommandent de plus grandes. La plupart de ceux qui rapportent de mauvais résultats de l'emploi de la formaldéhyde emploient cet agent en petites quantités. Ceux qui obtiennent des résultats bons. l'efficacité est surprenante se servent habituellement de méthodes de culture qui n'excluent pas tous les effets inhibitoires.

Le coût pour désinfection privée n'est pas très considérable au taux de 25 à 30 centins la livre pour 1000 pieds cubes; et quoique le prix serait relativement élevé dans la pratique municipale, il n'est pas du tout inabordable.

Nous avons réussi dans presque tous les cas, en employant cette quantité, à obtenir la stérilisation des objets exposés à l'air libre, et celle d'une bonne proportion des objets légèrement couverts, si on les plaçait dans les poches, ou entre les draps de lit et les oreillers. Mais les objets d'épreuve placés dans les couvertures ou les matelas n'étaient pas stérilisés par la fumigation de la chambre.

Nous avons à traiter, dans une chambre de malade ordinaire, plusieurs classes d'objets.

1o Surfaces et rideaux relativement accessibles aux vapeurs.

2o Tapis et draperies, moins accessibles.

3o Couvertures, matelas et oreillers, dont la pénétration est difficile.

La désinfection dans une chambre ordinaire des articles des seconde et troisième classes demande nécessairement un excès de vapeur avec gaspillage consécutif.

On obtiendra, avec une chambre plus hermétiquement close, une pénétration plus grande de la vapeur avec une quantité moindre de substance.

Le procédé de pénétration par vacuum ne paraît pas agir avec autant de rapidité que lorsqu'il s'agit de la vapeur. Nous avons pu obtenir en 2 heures la stérilisation complète des objets d'épreuve placés dans une couverture bien roulée, en employant un vacuum de 15" suivi par une pression atmosphérique de 10 livres. Dans l'appareil employé, cependant, il fallut chauffer insidemment la double paroi de protection (steam jacket) pour obtenir le vacuum, et l'on sait que l'action de la formaldéhyde augmente en proportion de la température.

Dans tous les cas, l'emploi du vacuum n'établit pas la pénétration en quelques minutes comme le fait la vapeur.

On obtient une pénétration satisfaisante en dirigeant la vapeur dans des placards ou valises où l'on a paqueté les objets, pourvu qu'on emploie un excès de vapeur. Coller les fentes ou fissures de la chambre ne paraît pas faire de différence. Bien qu'il faille ne laisser aux murs de la chambre aucune fissure ou prise d'air considérable, nous avons trouvé plus rapide et moins ennuyeux de produire un excès de vapeur que d'obtenir ces fissures.

J'ai consacré une partie de mes recherches à obtenir une chambre ou réceptacle portatif d'un emploi aisé pour la désinfection des chambres. Une chambre de 30 pouces x 30 x 60, en tôle galvanisée, était suffisamment légère pour être transportée (avec quelque difficulté) sur un brancard par deux hommes, et pouvait être fermée suffisamment pour donner un vacuum de 2 à 3 pouces. En pratique courante, on a trouvé cet appareil trop massif, ne pouvant pas, pour sauver du temps, le transporter à deux endroits le même jour. La désinfection en plein air est hors de question avec l'hiver canadien.

Dernièrement j'ai essayé l'emploi d'une tente ou baldaquin où l'on plaçait les articles exigeant une grande pénétration. Le gaz amené sous cette tente par un tube de caoutchouc avait une pénétration plus grande, et il s'en échappait

par en dessous une quantité suffisante pour stériliser dans la chambre les surfaces exposées.

Ma dernière tentative dans cette direction a été de fabriquer des sacs imperméables à l'air ou au gaz. En employant de la grosse toile émaillée (enameled duck), et plaçant près de l'ouverture un bout libre qui peut se rouler avec un bout correspondant du couvert, la fermeture est suffisamment hermétique, bien que susceptible d'amélioration. Un arrêt forcé dans mes recherches ne m'a pas permis de faire un essai complet de cet appareil avant cette réunion, (1) mais il me paraît mériter d'être mis à l'essai, et donnera vraisemblablement de bons résultats quand on l'emplira de vapeur après y avoir placé des objets trempés dans des solutions de formaldéhyde. On pourra humecter comme il faut les tapis, matelas, oreillers et les placer dans le sac ; et quand les objets ne pourront pas être trempés directement, on y mettra des linges mouillés. Les effets de la vaporisation seront certainement de beaucoup diminués par cette méthode. Jusqu'à quel point sera-t-elle utile dans la désinfection des chambres, je ne puis pas encore le dire. Mais je suis persuadé de prime abord qu'une méthode permettant de désinfecter tous les objets de la chambre du malade sans nécessiter leur transport est fort désirable pour les municipalités n'ayant ni grand appareil à désinfection ni personnel suffisant, et que même dans les villes, on fera des économies en abolissant la nécessité du transport.

Pour ce qui regarde les solutions désinfectantes, celle que je préfère est la formaldéhyde, employée comme le conseille A. C. Abbott, avec une pompe à jet. La solution à  $\frac{1}{2}$  ou 1 pour cent me paraît suffisante, et le prix de revient ne dépasse pas 2 centins par gallon. La pompe que l'on emploie coûte peu, ne pèse guère, et semble aussi effective que le vaporisateur lourd et dispendieux que l'on vend pour cet usage.

Le public a besoin de notions plus précises sur le *coût effectif* des différentes solutions désinfectantes, c'est-à-dire le coût d'une quantité donnée d'une solution à force suffisante pour être effective. Je crois que l'adoption d'un degré d'efficacité, disons le degré suffisant pour détruire le *staphylococcus aureus* en 10 minutes, serait très utile pour l'efficacité de la désinfection des maisons.

Le coût effectif de plusieurs désinfectants bien connus, quand on emploie les quantités requises pour la désinfection privée, est à peu près le suivant :

Acide carbolique.....	1-	30,	coûte	7	centins le litre.
Sublimé .....	1-1000,	"	$\frac{1}{4}$	"	"
Formaldéhyde.....	1-	100,	"	$\frac{1}{2}$	"

Cette solution de formaldéhyde à 1-100 est considérablement plus active que la solution de sublimé à 1-1000, si l'on en croit les autorités récentes sur le sujet (Le Dentu, Congrès de Moscou, 1897). Sa puissance d'action serait de 20 fois supérieure, ce qui nous paraît être un chiffre exagéré. J'ai trouvé la solution à  $\frac{1}{2}$  pour cent suffisante pour la désinfection ordinaire, et cette solution coûte alors le même prix que le sublimé.

Bien peu réalisent la perte d'argent qu'entraîne l'emploi de l'acide carbolique. Les marques inférieures de cette substance ne contiennent pas pratiquement de phénol.

Toutes choses égales d'ailleurs, je crois qu'on doit donner la préférence aux substances qui ne sont pas toxiques.

Pour ce qui s'agit des indications de la vapeur de formaldéhyde dans la désinfection des marchandises qui peuvent être altérées par la désinfection à la vapeur, je dirai simplement que, dans ces circonstances, la formaldéhyde est un agent précieux, qui nous rend de grands services là où nous n'avions aucune méthode sûre.

(1) 65e numéro de l'Association Médicale Britannique.

Quant à savoir si la poussière des murailles et des crevasses est entièrement stérilisée par la fumigation, tous les hygiénistes s'accordent à dire que la fumigation ordinaire suffit à faire disparaître le danger d'infection par les surfaces exposées, autant du moins qu'on peut en juger par l'étude des faits épidémiologiques.

### LES PREUVES DE L'EFFICACITÉ DE LA VACCINATION.

Le rédacteur du *British Medical Journal* publie sur ce sujet, dans le numéro du 27 novembre, un article très intéressant et très documenté. C'est une analyse du rapport de la Commission Royale chargée de faire une enquête sur les épidémies de variole qui ont dernièrement visité plusieurs villes importantes de l'Angleterre. Ce rapport vient d'être terminé, et ce qui frappe le plus le lecteur en le parcourant, c'est que, à quelque point de vue que les commissaires se soient placés, et quels que fussent les faits analysés par eux, ils sont toujours arrivés à la même conclusion : la vaccination est un moyen de protection efficace et nécessaire. On comprend l'importance d'une pareille constatation dans un pays où cette efficacité de la vaccination est encore contestée par un groupe de gens qui diminue de jour en jour, mais qui n'en fait pas moins de bruit pour cela. Devant le rapport précis et impartial rédigé par la Commission Royale, rapport dont toutes les conclusions sont en faveur de la vaccination, les *anti-vaccinateurs* vont se sentir passablement gênés, surtout si leurs préjugés leur permettent d'ouvrir les yeux à l'évidence.

Citons le passage suivant de l'article du *British Medical Journal* :

“ La Commission a constaté que, si l'on pose la question suivante : La mortalité par la variole a-t-elle diminué depuis l'introduction de la vaccination ? la réponse est affirmative. Si la question est celle-ci : Dans les maisons envahies par la maladie, la variole fait-elle une distinction entre les habitants vaccinés et ceux qui ne le sont pas ? la réponse est encore affirmative ; les personnes vaccinées ont échappé à la maladie, et les personnes non vaccinées ont été atteintes dans une mesure hors de toute proportion avec leur nombre relatif dans la population. Si l'on se demande : La variole fait-elle la même distinction, dans la population atteinte, que dans les maisons infectées ? la réponse est la même. Lorsqu'on s'est demandé, au sujet de certaines classes de la population (postillons, hommes de police, nurses, etc.), si ces gens, qui sont tous revaccinés, étaient protégés d'une manière spéciale, comparés aux personnes non vaccinées ou non revaccinées habitant les mêmes localités, la réponse encore a été affirmative. Lorsqu'on s'est demandé si la variole, qui était autrefois une maladie de l'enfance, comme le sont aujourd'hui la rougeole ou la coqueluche, a depuis la vaccination respecté dans une grande mesure les jeunes enfants et a porté ses attaques à des périodes plus avancées de la vie, alors que l'immunisation vaccinale a plus ou moins disparu, la réponse a été une fois de plus un énergique “ Oui. ” De même, lorsqu'on a cherché à savoir si, parmi les personnes atteintes de variole, les vaccinées d'autrefois ont moins souffert que les non vaccinées, si elles ont eu des attaques plus bénignes, si la mortalité a été moindre, la réponse a été toujours la même. Encore, lorsqu'on a cherché si une vaccination bien faite, complète, est une protection plus grande qu'une vaccination incomplète ou mal faite, la réponse une fois de plus s'est rangée du même bord que toutes les autres. Ces preuves cumulatives, corroborées de part et d'autre, se sont amoncélées devant la Commission, et leur force est mise davantage en évidence en face des efforts et du temps vainement dépensés par les adversaires de la vaccination, qui cherchaient quelque réfutation probante à leur opposer. ”

Il était difficile, en effet, de réunir une série de preuves plus convaincantes. Et ces preuves ont d'autant plus de valeur qu'elles n'ont pas été collectionnées par les médecins du gouvernement ou des Conseils d'Hygiène, mais par des médecins n'ayant aucune attache officielle et nommés spécialement par la Com-

mission. Ces médecins ont fait rapport sur les épidémies de Leicester, Warrington, Gloucester, Londres, Glasgow, Manchester, Oldham, Leeds, etc..., et quelques faits saillants de leurs rapports méritent d'être signalés.

Un fait d'abord qui tend à prouver que la vaccination, pour être efficace, doit être bien faite (ce qui semblera naturel à tout le monde). Le Dr Luff a constaté, à Londres, que les personnes, déjà vaccinées, atteintes de variole, portaient des cicatrices de mauvaise nature, qui indiquaient une opération mal faite ou incomplètement faite. Ceci rend bien compte de l'inefficacité de leur vaccination.

Mais là où la vaccination a été négligée, l'enseignement est encore plus caractéristique. C'est ce que nous voyons, par exemple, à Leicester et Gloucester. Ces deux villes avaient négligé, dans ces dernières années, la pratique de la vaccination, de sorte que 80 0/0 de la population à peu près y avaient échappé. Aussi, la marche de l'épidémie, dans ces deux villes, fut-elle très rapide, surtout à Gloucester, où elle entra dans les écoles et trouva là des enfants n'ayant jamais été vaccinés qui lui fournirent une proie facile.

À Leicester, les autorités couronnèrent leur négligence antérieure par un acte de stupidité incroyable. Les cas de variole apportés à l'hôpital civique ayant transmis la maladie dans le quartier des scarlatineux, on résolut de consacrer entièrement l'hôpital au traitement des varioleux, et l'on renvoya chez eux tous les cas de scarlatine non contagionnés. Le résultat fut une épidémie formidable de scarlatine, atteignant plusieurs milliers d'enfants qui avaient échappé à la variole.

À Warrington, nous avons un exemple plus consolant de ce que peut faire une mesure sage appliquée à propos. La variole ayant commencé à se propager parmi les employés d'un grand établissement de métallurgie, le comité chargé de distribuer les fonds aux ouvriers malades décida qu'à partir de telle date, tous les ouvriers qui n'auraient pas été vaccinés ne recevraient aucune paye s'ils tombaient malades. Comme résultat, 1400 ouvriers se firent vacciner, et la maladie avait pratiquement cessé parmi eux au bout de quinze jours. Les quelques cas qui eurent lieu ensuite survinrent chez des ouvriers non vaccinés admis dans l'intervalle à l'établissement.

Le Dr Sidney Coupland, dans son rapport sur Leicester et Gloucester, signale un fait bien connu des hygiénistes. Quand une épidémie prend une extension trop considérable, il devient impossible de la contrôler. C'est ce qui arriva à Gloucester. Ceci fait voir la nécessité absolue qu'il y a de prendre, dès le début, des mesures complètes et rigoureuses, pendant que l'isolement, la quarantaine, la désinfection sont encore possibles, et de ne pas hésiter ou attendre que l'épidémie soit devenue incontrôlable. Et c'est ici qu'apparaît l'importance du rôle de l'officier de santé, qui porte toute la responsabilité du diagnostic à établir et des premières mesures à prendre. Leicester avait un bon officier de santé, énergique dans ses ordres, ponctuel et infatigable dans ses inspections, et pas un seul instant la ville ne perdit le contrôle de l'épidémie.

Cette importance du diagnostic précoce est signalée par plusieurs rapporteurs (Dr Coupland, Dr Savill). À Glasgow, à Liverpool, à Leeds, l'épidémie débuta par des cas non diagnostiqués, ce qui lui permit de prendre une avance considérable sur les autorités sanitaires.

Signalons un dernier fait établissant les bons résultats de la revaccination en temps d'épidémie. À Warrington, quand la maladie débuta, à peine 2.7 de la population avait été revaccinée; mais par contre la revaccination avait été pratiquée sur les 800 soldats de la garnison, moins un. Hors, bien que ces soldats fussent tout le temps de l'épidémie en contact avec la population, le seul qui eut la variole fut le soldat non revacciné.

Ce rapport de la Commission Royale est donc plus convaincant que toutes les théories soutenues par les hygiénistes, puisqu'il est basé sur l'analyse seule des faits: l'évidence des faits a toujours plus de poids, dans la recherche de la vérité, que le bien fondé des théories.

Ce qui s'est passé à Montréal, pendant la légère épidémie que nous avons eue cet été, confirme pleinement les faits constatés par la Commission Royale. Sur les 27 cas de variole signalés jusqu'à aujourd'hui, 12 n'avaient jamais été vaccinés, et 12 avaient été vaccinés lorsqu'ils étaient enfants, c'est-à-dire de 9 à 37 ans avant la date de l'épidémie. De ces 24 personnes, dont plus de la moitié avaient atteint l'âge de raison, pas une seule n'avait été revaccinée. Les trois derniers cas, âgés de 3, 4 et 16 ans, avaient été vaccinés depuis peu, mais trop tard, de 4 à 10 jours seulement avant la sortie de l'éruption, c'est-à-dire lorsque la contagion s'était déjà faite, puisque l'incubation dure quatorze jours. On voit donc qu'aucune des personnes atteintes par la variole n'avait été vaccinée ou revaccinée dans la période réglementaire de sept années, qui est la durée moyenne attribuée à l'efficacité de l'immunisation par la vaccine.

Si l'on étudie les cas de mort survenus durant cette épidémie, on constate que la mortalité a été plus grande parmi les personnes non vaccinées, et que celles qui l'avaient été déjà, bien que ce fut à une époque trop éloignée pour donner une immunisation encore efficace, n'en ont pas moins été épargnées davantage. C'est ce que prouve la statistique du Conseil Provincial d'Hygiène, que M. le Dr Beaudry a bien voulu nous communiquer. Douze personnes n'avaient jamais été vaccinées lorsqu'elles étaient enfants; trois sont mortes, sept ont guéri. Deux enfants, vaccinés depuis neuf ans, ont guéri. Enfin, des trois enfants vaccinés pendant la période d'incubation de la variole, un seul a succombé. Ces chiffres sont donc en faveur de la vaccination, même éloignée, et il n'y a aucun doute qu'ici la revaccination eut limité bien davantage, sinon empêché l'épidémie.

Comme l'a pleinement démontré l'enquête de la Commission Royale anglaise, la vaccination et la revaccination sont des mesures efficaces et nécessaires.

---

#### Vient de paraître

DR JAQUET.—L'alcoolisme, par le DR JAQUET, Privat-docent à l'Université de Bâle. N° 5 de l'*Œuvre médico-chirurgicale*. Dr Critzman, Directeur.)  
1 brochure in-8 (Masson et Cie, éditeurs)..... 1 fr. 25.

Cette question de l'alcoolisme est une des plus actuelles et des plus ardentes; au point de vue social, elle est pour le moins aussi importante qu'au point de vue purement médical. Il fallait donc, pour donner à une étude sur l'alcoolisme toute la compétence et toute l'ampleur voulues, un médecin doublé d'un chimiste et d'un sociologue. Par ses travaux antérieurs sur l'alcool et l'alcoolisme, par les études chimiques qu'il fit dans le laboratoire du célèbre Bunge, le Dr Jaquet remplit admirablement ces conditions et était tout indiqué pour traiter de main de maître cette importante question. Nous ne pouvons que féliciter l'*Œuvre médico-chirurgicale* d'avoir enrichi son intéressante collection d'un travail supérieurement conçu, et qui répond à un problème d'une si inquiétante actualité.

Constatation du microbe du rhumatisme Thiroloix à l'autopsie d'un sujet mort du rhumatisme articulaire aigu compliqué d'endo-pericardite et de choree.—MM TRIBOLLET, COYON et ZADOC ont recueilli dans le service de M. le Dr Variot, à l'hôpital Trousseau, une observation de rhumatisme avec choree. A l'autopsie, l'examen bactériologique leur a permis de contrôler d'une façon complète les recherches de M. Thiroloix sur la bactériologie du rhumatisme.

Cette observation, déjà fort importante comme venant la première à titre de contrôle, prend un intérêt plus spécial encore du fait de la coïncidence, chez le sujet observé, d'un rhumatisme et d'une choree. De semblables constatations, si elles se reproduisent, et s'il peut s'y ajouter le fait de la présence *in situ* dans les centres nerveux du microbe signalé, fixeront enfin cette question, encore douteuse pour bon nombre d'auteurs, des rapports étiologiques si saisissants de la choree avec le rhumatisme.

# L'UNION MÉDICALE DU CANADA

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

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

---

MONTREAL, DÉCEMBRE 1897

---

## ART DENTAIRE

---

Sous la direction du Dr EUDORE DUBEAU, chirurgien-dentiste, ex-professeur au collège dentaire de la Province de Québec.

---

### DE L'HYGIÈNE DE LA BOUCHE ET DES DENTS DANS LES COLLÈGES ET COUVENTS.

Par le Dr EUDORE DUBEAU, Chirurgien-Dentiste. Montréal.

Une statistique conduite avec beaucoup de soin a démontré 1<sup>o</sup> que sur 1000 enfants de six à douze ans il existe chez chacun environ deux dents de la sixième année, c'est-à-dire la première grosse molaire des côtés droit et gauche des deux maxillaires, attaquées par la carie, et que cela est causé par le manque d'hygiène dentaire ; 2<sup>o</sup> que l'excès de travail cérébral amène la carie dentaire, et que si elle existe déjà, il l'augmente. Il ne faut pas conclure de ce deuxième point que les élèves qui ont de bonnes dents sont des paresseux et *vice versa*, car toute règle a ses exceptions, et dans le cas actuel c'est heureux. 3<sup>o</sup> que 75 à 80 0/0 des élèves qui fréquentent ces institutions devraient faire examiner leurs dents au moins tous les six mois afin que celles qui sont attaquées par la carie soient traitées, et celles qui auraient une tendance à dévier de leur place normale soient ramenées et maintenues en place. Puisque nous avons mentionné la correction des dents irrégulières, disons que la meilleure époque est entre 13 et 14 ans alors que la dentition est complète, et que le travail réparateur est plus facile ; après 20 ans le résultat est douteux, et il faut porter des appareils régulateurs pendant un temps très long.

Dans chaque collège, le nettoyage des dents, chaque matin avec brosse et poudre, devrait être obligatoire. Il serait bien important aussi que chaque élève nettoie sa bouche après chaque repas avec de l'eau ou mieux encore avec de l'eau contenant quelques gouttes d'une préparation antiseptique, mais les directeurs d'institutions à qui la question a été soumise considèrent la chose impossible à cause des complications de service et des difficultés de discipline que cela amènerait. Alors, puisque cela est impossible, qu'on exige, ce qui est très facile,

un second nettoyage le soir avant le coucher, afin d'empêcher, pendant la nuit, la fermentation des produits nutritifs qui se logent entre les dents et dans les fissures de la surface des molaires.

J'ai dit plus haut que les dents des élèves devraient être visitées tous les six mois et cela par un dentiste choisi à cette fin par les collèges ou couvents,—parfaitement, mais après cet examen, quoi faire ? Faire l'ouvrage nécessaire ou notifier les parents ! C'est là une question embarrassante—et à laquelle se sont heurtées des institutions disposées à faire observer strictement l'hygiène dentaire.

En effet, un certain nombre de parents ignorant l'importance des dents saines ont protesté contre le système de faire surveiller les dents de leurs enfants par ces institutions, tandis que d'autres mieux informés et plus soucieux du bien-être de leurs enfants ont vu avec plaisir l'adoption de cette mesure qui leur enlevait du trouble et leur assurait que tout serait bien fait.

Pour obvier à toute récrimination, ces institutions ont décidé, et je crois que c'est la seule chose qu'on puisse faire, de faire examiner les dents des élèves et de faire parvenir le résultat de cet examen aux parents, qui décideront de faire faire l'ouvrage par leur dentiste de famille, ou celui du collège ou de n'en rien faire. Ce système a malheureusement amené des résultats déplorables, car les parents en général n'ont attaché aucune importance à l'avis reçu et de semaine en semaine le nombre d'extractions de dents a augmenté.

On ne saurait trop insister sur l'hygiène de la bouche, car les dents cariées produisent des effets désastreux sur la digestion, parce que les vivres sont insuffisamment broyés, et de plus ces dents cariées amenant la carie de leurs voisines, il finit par s'établir un foyer de putréfaction nuisible à la santé.

Pour avoir un résultat pratique, il faut que les médecins et les dentistes fassent des efforts pour faire comprendre à leurs clients l'importance de la conservation des dents, et leurs effets sur la santé en général.

391 rue St Denis, Montréal.

---

*Transformation de l'ulcère stomacal en cancer.*—M. le professeur DIEULAFOY a consacré une de ses cliniques à ce sujet intéressant et encore neuf. Cette leçon reproduite par la *Presse Médicale* se résume dans les conclusions suivantes.

1° *L'ulcus simplex* de l'estomac est assez fréquemment atteint de dégénérescence cancéreuse, surtout chez les sujets héréditairement prédisposés. La transformation se fait sur l'ulcère en voie d'évolution ou sur la cicatrice d'un ulcère guéri. L'épithélioma métatypique est la variété la plus commune.

2° Cette association morbide peut se traduire cliniquement par l'association ou par la succession des symptômes de l'ulcère et du cancer.

3° Il est généralement assez facile de faire la part des symptômes de l'ulcère ; il est beaucoup plus difficile de faire la part des symptômes du cancer.

4° La cancérisation de l'ulcus stomacal et de sa cicatrice, n'est pas sans analogie avec la cancérisation des cicatrices vivaces ou éteintes qui peuvent exister en d'autres régions.

## BIBLIOGRAPHIE.

## Vient de paraître

Dr **TUFFIER**.—**Chirurgie du Poumon**, par le Dr **TUFFIER**, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital de la Pitié, 1 vol. in-8° (Masson & Cie, éditeurs)..... 6 fr.

Le livre que vient d'écrire M. Tuffier se trouve en ce moment le seul ouvrage complet sur une question d'actualité chirurgicale de la plus grande importance. Il n'existe aucun traité de ce genre ni en France, ni à l'étranger. Condensé en 180 pages, il se divise en deux parties : l'une qui a trait à la technique opératoire dans la chirurgie pulmonaire (thoracotomie, traversée pleurale, pneumotomie, résection du poumon), l'autre qui traite de la conduite à tenir dans chacune des maladies du poumon. La première partie est indispensable à tous ceux qui veulent être au courant de ces opérations ou les pratiquer. La seconde s'adresse en même temps au médecin en traitant des indications opératoires et des résultats thérapeutiques (plaies de poitrine, tumeurs, abcès, kystes, dilatations bronchiques, tuberculose, gangrène) obtenus jusqu'à notre jour par l'ensemble de toutes les opérations pratiquées dans tous les pays et dont de nombreux tableaux donnent les observations et leurs indications bibliographiques.

**La radiographie du cerveau.**—La radiographie du cerveau. Parmi les présentations, qui ont été faites à l'Académie, il en est une du plus vif intérêt et qui mérite quelques mots d'historique. Au mois d'avril dernier, M. Marey présentait à l'Académie un projet d'appareil imaginé par M. Contremoulins et qui, basé sur la radiographie, permettrait de déterminer mathématiquement le centre d'un projectile siégeant dans le cerveau. M. Marey, tout en faisant ressortir l'importance de cette découverte, déplorait qu'en raison de la pénurie proverbiale des laboratoires français, il ne fût pas possible de donner suite à ce projet, et il adressait un appel à la générosité publique. Cet appel fut entendu et, après avoir lu un article fort élogieux publié dans le *Temps* par M. Charlier, un lecteur de ce journal, M. Dessaux (de Nice), envoya aussitôt la somme nécessaire. Depuis, cette somme a été couverte plus de dix fois par des dons plus ou moins anonymes envoyés soit à M. Marey, soit à M. Charlier. Un appareil définitif a donc pu être construit par M. Carpentier sur les indications de M. Contremoulins, puis des expériences ont été faites sur le cadavre, expériences tellement concluantes que M. Le Dentu, qui y assistait, n'a pas hésité à se servir de cet appareil pour rechercher un projectile dans le cerveau d'un malade de son service. Le siège exact de ce projectile a été déterminé de la façon la plus précise, et M. Le Dentu a pu facilement l'extraire. Ce malade est aujourd'hui complètement guéri. En faisant part à l'Académie de cette consécration clinique qui manquait à l'ingénieuse découverte de M. Contremoulins, M. Le Dentu a obtenu un vif et légitime succès. La plus grande part en revient naturellement au jeune savant, M. Contremoulins, qui, avec la collaboration de M. Rémy, a su mener à bonne fin cette nouvelle et heureuse application de la radiographie.

**Pleurésie sero-fibrineuse.**—Dans la dernière séance de l'Académie de Médecine, M. Le Damany a communiqué un travail sur l'origine tuberculeuse de la pleurésie sero-fibrineuse, aujourd'hui démontrée par la bactériologie. M. Landouzy, qui, depuis plus de dix ans, soutient et enseigne cette pathogénie de la pleurésie sero-fibrineuse, est venu rappeler ses travaux sur ce sujet, et il s'est félicité, à juste raison, que ses recherches cliniques se trouvent aujourd'hui confirmées par la bactériologie.

*Traitement de l'anthrax.*—M. TILLAUX a consacré au traitement de l'anthrax une de ses cliniques, qui a été reproduite par la *Tribune Médicale*.

Contrairement à l'opinion de DUPUYTREN, M. TILLAUX n'admet pas l'incision d'emblée. Il n'accepte pas les motifs mis en avant par les interventionnistes ; il nie que l'intervention arrête le développement de l'anthrax, hâte la marche de la cicatrisation, fasse cesser les douleurs, et soit inoffensive.

M. TILLAUX distingue, au point de vue du traitement, deux périodes dans l'anthrax : période d'accroissement, période de ramollissement.

Tant que l'anthrax est en voie d'accroissement, il est et reste dur comme de la pierre. Le chirurgien doit avoir pendant cette période un rôle expectant. Il doit surveiller la marche, et s'efforcer de calmer la douleur. Cette dernière indication sera obtenue avec un cataplasme fait avec la farine de lin bien fraîche, de l'eau filtrée bouillie, de la gaze aseptique recouverte de rubérine. En plus, si le malade ne peut dormir, s'il réclame du sommeil, on lui fera des piqûres de morphine ; il ne s'y habituera pas.

Les pulvérisations phéniquées conseillées par VERNEUIL donnent aussi de bons résultats.

Quand la période de ramollissement est arrivée, il faut attendre un peu encore, sans toutefois laisser toute la peau se sphaceler. On interviendra plutôt avec les ciseaux qu'avec le bistouri, les ciseaux étant plus hémostatiques que le bistouri. On fera de chaque côté de l'anthrax deux sections semblables, de longueur suffisante. Le pus sort alors facilement. On doit rendre la plaie bien propre, par les lavages et les pulvérisations.

En agissant ainsi on soulage les malades et on n'a pas à craindre la phlébite. Depuis plus de vingt ans qu'il a adopté cette conduite, M. TILLAUX n'a pas perdu un malade.—*L'Abeille Médicale*.

*Dissolution des cadavres dans la potasse caustique.*—Le ministère public à Chicago vient de faire procéder à une curieuse expérience, ayant pour objet d'établir la culpabilité du sieur Adolph Luetgert, le riche fabricant de saucisses, qui est accusé d'avoir tué sa femme et d'avoir fait disparaître son corps en le déposant dans une cuve remplie d'acide. L'expérience a parfaitement réussi : dans une cuve pleine de potasse caustique on a placé un cadavre, qui, au bout de deux heures, était complètement brûlé ou dissous, à l'exception de quelques petits fragments d'os ; des chairs il ne restait qu'une faible quantité d'une substance pâteuse ayant à peu près la consistance de la mélasse. Cette expérience est concluante, aux yeux du ministère public, en ce qu'elle prouve que Luetgert a très bien pu se débarrasser du cadavre de sa femme en le faisant dissoudre dans de l'acide, ce dont plusieurs experts avaient contesté la possibilité. L'attorney du district croit donc qu'il ne manque plus rien au faisceau de preuves réunies contre le fabricant de saucisses.

*Enquête sur le scorbut infantile.*—Nous avons reçu du Dr CROZER GRIFFITH, de Philadelphie, la communication suivante, sur laquelle nous attirons l'attention de nos lecteurs : la Société Américaine de Pédiatrie est à faire une enquête collective sur les cas de scorbut infantile survenant dans l'Amérique du Nord et demande vivement aux médecins de l'aider dans ses recherches en lui envoyant des observations, qu'elles aient été ou non publiées. L'usage qu'elle fera des observations envoyées n'en préviendra nullement la publication subséquente par l'auteur. On peut, sur application, se procurer des questionnaires à remplir. Le rapport final, imprimé, sera envoyé à ceux qui auront envoyé des observations.

# COLLABORATEURS

AU

## 26ème VOLUME

DE

# “L'UNION MÉDICALE DU CANADA”

---

Archambault, Dr J. L., de Cohoes.  
Banks, Dr W. Mitchell, de Liverpool.  
Beauchamp, Dr G. E., Montréal.  
Benoit, Dr E. P., Montréal.  
Biggs, Dr Hermann M., de New-York.  
Boulet, Dr J. P., Québec.  
Brennan, Dr M. T., Montréal.  
Brochu, Dr D., Québec.  
Charbonneau, Dr A., Ogdensburg.  
Cormier, Dr I., Montréal.  
DeCotret, Dr E. A. René, Montréal.  
Derome, Dr W., Montréal.  
Dubeau, Dr Eudore, Montréal.  
Ethier, Dr A., Montréal.  
Faucher, Dr P. V., Québec.  
Foucher, Dr A. A., Montréal.  
Lachapelle, Dr E. P., Montréal.  
Lamarche, Dr L. A., Montréal.  
Lesage, Dr J. A., Montréal.  
Lippe, Dr J., St-Ambroise de Kildare.  
Marien, Dr Amédée, Montréal.  
Mercier, Dr O. F., Montréal.  
Osler, Dr William, de Baltimore.  
Paquin, Dr C. R., Québec.  
Parizeau, Dr T., Montréal.  
Pelletier, Dr Elzéar, Montréal.  
Prévost, Dr L. Coyteux, Ottawa.  
Prume, Dr Jehin, Montréal.  
Richet, Prof. Charles, de Paris.  
Roberge, Dr D., St-Barthélemi.  
Roddick, Dr T. G., Montréal.  
Roux, Dr J. P., Montréal.  
Roy, Dr L. H., Montréal.  
St-Jacques, Dr Eugène, à Paris.  
Smith, Dr A. Laphorn, Montréal.  
Villeneuve, Dr Georges, Montréal.  
Widal, Dr Fernand, de Paris.  
Wyatt-Newton, Dr, Montréal.

---

NOMS DES PRINCIPAUX  
MÉDECINS D'HOPITAUX

DONT LES CLINIQUES SONT REPRODUITES DANS CE VOLUME

Abadie, de Paris.  
 Berger, de Paris.  
 Blackader, de Montréal.  
 Budin, de Paris.  
 Calot, de Berk sur mer.  
 Charpentier, de Paris.  
 Christopher Heath, de Londres.  
 Comby, de Paris.  
 Delbet, de Paris.  
 Delorme, de Paris.  
 Demons, de Paris.  
 Dieulafoy, de Paris.  
 Doyen, de Paris.  
 Duplay, de Paris.  
 Ettore, de Padoue.  
 Guyon, de Paris.  
 Huchard, de Paris.  
 Hutchinson, de Londres.  
 Jannesco, de Bucharest.  
 Julien, de Paris.  
 Kirmisson, de Paris.  
 Lannclongue, de Paris.  
 Le Dentu, de Paris.  
 Leech, de Manchester.  
 Legendre, de Paris.  
 Legueu, de Paris.  
 Lister, de Londres.  
 Metschikoff, de Paris.  
 Pinard, de Paris.  
 Potain, de Paris.  
 Power, de Londres.  
 Quénu, de Paris.  
 Ranvier, de Paris.  
 Reclus, de Paris.  
 Réverdin, de Genève.  
 Richardson, de Londres.  
 Sinclair, de Manchester.  
 Stephen Mackenzie, de Londres.  
 Stewart, de Montréal.  
 Tarnier, de Paris.  
 Vannier, de Paris.  
 Von Leube, de Berlin.  
 Watson Cheyne, de Londres.

## FORMULAIRE

---

Anticholérique.....	375
Antiseptie intestinale.....	375-439
Asthme.....	374
Bronchite.....	439-689
Broncho-pneumonie.....	307
Brûlures.....	374
Catarrhe atrophique.....	307
Catarrhe nasal.....	54
Conjonctivite.....	179
Contractions tétaniques de l'utérus.....	374
Coqueluche.....	179
Cystite.....	439
Diarrhée.....	307
Dysenterie.....	306
Dyspepsie atonique.....	374
Dyspepsie nervo-motrice.....	178
Eczéma chronique.....	178
Engelures.....	54
Epilatoire.....	54
Epilepsie.....	689
Epistaxis.....	375
Furoncles.....	248
Goutte.....	116
Hémorroïdes.....	306
Ictère.....	307
Injections vaginales.....	689
Insolation.....	440
Laryngite striduleuse.....	439
Métrite chronique.....	688
Pommade pour les sondes.....	689
Pneumonie.....	54-178
Prostatite.....	179
Psoriasis.....	179
Rhinite atrophique et hypertrophique.....	111
Rhumatisme articulaire aigu.....	110
Rhumatisme articulaire chronique.....	178
Sciaticque.....	688
Sécrétion lactée.....	374
Sérum artificiel.....	247
Stomatite aphteuse.....	306
Sueurs nocturnes.....	248
Syphilis.....	178
Toux.....	689
Urétrite.....	248
Variole.....	501-502

---

# TABLE DES MATIÈRES

PAGES	PAGES
<b>A</b>	
Abcès du cou consécutifs aux inflammations aiguës ou chroniques de l'oreille moyenne. Etude sur les.....	89
Abcès rétro-pharyngiens aigus chez les enfants. Les.....	552
Abdomen. Sur les contusions de.....	732
Absence du médecin. L'.....	315
Absence congénitale des iris, par Dr Jehin-Prume.....	273
Acide picrique et son emploi. L'.....	211
Accouchement : celles d'autrefois et celles d'aujourd'hui. Les blessures d'.....	620
Accouchements. L'emploi des antiseptiques et spécialement du sublimé dans les.....	547
Action antigalactogogue du camphre.....	358
Action favorable de la vaccination jennérienne sur la toux quinteuse post-rubéolique.....	572
Action thérapeutique générale des courants alternatifs de haute fréquence.....	662
Adénopathie cervicale détective des néoplasmes abdominaux.....	80
Affections oculaires. La carie dentaire et les..., par le Dr Roberge.....	135
Albumine par la méthode d'Esbach. Dosage de l'.....	163
Albuminuriques. L'allaitement chez les... Aliénés devant la loi. Les..., par Dr Geo. Villeneuve.....	107
Alimentation des malades dans la fièvre typhoïde. L'.....	143
Allaitement chez les albuminuriques. L'.....	107
Altérations de la moëlle épinière dans la coqueluche. Des.....	136
Amputation de Symes. L'.....	281
Anatomie pathologique, et cure radicale du pied-bot varus-équin-congénital, par le docteur Amédée Marien.....	540
Ancien chirurgien pendant la guerre. L'..., par W. Mitchell Banks.....	690
Anémie par la moëlle osseuse. Du traitement de l'.....	569
Angine de poitrine. Le trinitrate d'érythrol dans l'.....	275
Angioleucite aiguë du cheval. Recherches bactériologiques à propos d'une épidémie d'.....	347
Appendicites supprimées. De l'incision lombosacrale dans le traitement des.....	671
Anthropométrie. L'..., par le Dr L. J. H. Roy.....	321
Antiseptie chez le barbier. L'.....	118-432
Antiseptiques, et spécialement du sublimé dans les accouchements. L'emploi des.....	547
Aponévroses. Du myélome des gaines tendineuses et des.....	87
Apoplexie.....	198
Appareils de marche dans le traitement des fractures du membre inférieur. Les.....	548
Appendicite. L'.....	617
Appendicite. Le traitement chirurgical de l'.....	112
Appendicite. Réflexions sur l'.....	437
Appendicéctomie, par le Dr A. Charbonneau.....	68
Application de l'entomologie à la médecine légale. L'.....	577
ARCHAMBAULT, J. L., M. D.—Sérothérapie, tubage et trachéotomie.....	641-705
Art dentaire dans la province de Québec. L'.....	245
Artério-scléreux. Du point de côté chez les.....	278
Arthrite déformante et ses relations avec la phthisie, le rhumatisme et les maladies de la moëlle épinière.....	612
Arthrotomie et résection de l'épaule. Sur un nouveau procédé d'.....	672
Asaprol. Traitement de la coqueluche au moyen de l'.....	35
Assainissement des places d'eau. L'.....	429
Association médicale Britannique. L'.....	62-124-589
Association médicale Canadienne. L'.....	536
Assurance sur la vie. Le médecin d'.....	721
Ataxie locomotrice. ....	206
Atonie du rectum.....	614
Autopsies d'enfants nouveau-nés.....	345
Avortement incomplet. Traitement de l'.....	97
Avortement incomplet. De l'emploi du sulfate de quinine dans le traitement de l'.....	422
Avortement. Un cas spécial d'.....	208
Avortement. Rétention du placenta dans la cavité utérine.....	678
<b>B</b>	
Bacille tuberculeux dans le lait. Le.....	637
Bains chauds dans le traitement de la rougeole. Les.....	435
Bains d'air chaud. Le traitement du rhumatisme articulaire par les.....	216
BANKS, W. MITCHELL.—L'ancien chirurgien pendant la guerre.....	690
Barbier. L'antiseptie chez le.....	118-432
Bassin vicié. Intervention après trois jours de travail. Enfant vivant. Une opération césarienne à la campagne. Grossesse à terme chez une rachitique à.....	159
BENOIT, E. P., M. D., et T. PARIZEAU M. D.—Pleurésie purulente à pneumocoques... 340	340
BENOIT, E. P.—Onze cas d'insolation.....	468
Bibliographie.....	12-26-64-123-177-192-238-255-316-319-353-373-121-442-448-472-525-660-667-703-751-754
BIGGS, HERMANN, M.—L'Hygiène publique à New-York.....	606
Bleunorrhagie sur les suites de couches. Influence de la.....	142
Blessures d'accouchement : celles d'autrefois et celles d'aujourd'hui. Les.....	620

	PAGES		PAGES
Bouche. Hygiène de la..., et des dents.....	752	Chronique.....	126-256-317-384-507-575
Bouche, et des voies respiratoires. Quelques remarques sur l'usage du tabac en rapport avec la muqueuse de la..., par le professeur Foucher.....	193	Cimetières. Les dangers des.....	100
BOULET, Dr J. P.—Le médecin d'assurance sur la vie.....	724	Clavicule. Du traitement des fractures de la.....	156
BRENNAN, M. T. et A. ÉTHIER.—Cancer primitif de l'œsophage.....	335	Cocaïne en chirurgie, par Dr O. F. Mercier.....	20
BROCHU, Dr D.—De l'Épilepsie Jacksonnienne.....	385	Cocaïnisme chronique. Un cas de.....	210
Bronchite chronique. Les végétations adénoïdes et la.....	276	Cœur et lésions valvulaires chez deux jeunes enfants. Hypertrophie du.....	139
Brûlures—Du rétrécissement cicatriciel du pylore consécutif aux..., Son traitement par la gastro-entéro-anastomose.....	90	Colique hépatique. Forme fébrile de la.....	565
Bureau des Gouverneurs et les Sociétés de Bienfaisance Le.,.....	701	Collections séreuses pelviennes. Des.....	155
<b>C</b>			
Calculs de la vessie. La cystite et les.....	284	Col utérin. O itération du, par le Dr Lippé.....	546
Calculs de l'uretère. Les.....	619	Comment do. on combattre la réaction inflammatoire de l'éruption vaccinale.....	634
Calvitie, Le microbe de la.....	308	Commission de la tuberculose. La tuberculose pulmonaire, devant la.....	57
Calvitie vulgaire. La.....	376	Conférence des Conseils d'Hygiène de l'Amérique du Nord, tenue à Nashville, les 18 et 19 août 1897.....	681
Campbre. Action antigalactogogue du.....	358	Congrès français de chirurgie.....	86-150-732
Canada : son organisation et ses ressources médicales, par T. G. Roddick, M. D.....	589	Congrès médical Pan American. Le second.....	27-76.
Canaux déférents et castrations dans l'hypertrophie de la prostate. Résection des.....	154	Consanguinité. Sur la.....	661
Cancer de la prostate. Opérations palliatives contre le.....	155	Conseil d'Hygiène de la Province de Québec.....	48
Cancer du foie.....	227	Conseil d'Hygiène de la Province de Québec. Le deuxième rapport annuel du.....	49
Cancer du rectum. Diagnostic du.....	349	Conseils d'Hygiène de l'Amérique du Nord, tenue à Nashville, les 18 et 19 août 1897. Conférence des.....	681
Cancer du rectum. L'opération de Kraske dans le.....	617	Conservation des instruments de chirurgie. La.....	226
Cancer épithélial. Guérison radicale du.....	412	Constipation habituelle. La.....	278
Cancer primitif de l'œsophage, par M. T. Brennan M. D. et A. Ethier M. D.....	335	Contagion de la rougeole et de la coqueluche. La.....	101
Carie dentaire.....	302	Continuité de la vie comme base de la conception biologique. De la.....	664
Carie dentaire en rapport avec les maladies d'yeux, d'oreilles et de tête. La.....	245	Contribution au traitement des contusions et plaies de l'abdomen.....	150
Carie dentaire et les affections oculaires. La..., par le Dr Roberge.....	135	Contre-indication du lavage de l'estomac cancéreux.....	288
Carie dentaire. La.....	243	Contusions de l'abdomen. Sur les.....	732
Carotides. Ligature des.....	619	Contusions et plaies de l'abdomen. Contribution au traitement des.....	150
Cas de thyroïdectomie partielle. Un., par le Dr O. F. Mercier.....	71	Coqueluche. De la durée de l'incubation, et de l'époque de la transmissibilité de la.....	105-136.
Castration dans l'hypertrophie de la prostate, Résection des canaux déférents et.....	154	Coqueluche au moyen de l'asaprol. Traitement de la.....	35
Cataractes secondaires des deux yeux, strabisme de l'œil droit et dyoplopie, par le Dr Jehin Prume.....	137	Coqueluche. Des altérations de la moëlle épinière dans la.....	436
Cathétérisme artériel. Deux cas de.....	46	Coqueluche. Etude de la température dans la.....	435
Cavité utérine. Avortement. Rétention du placenta dans la.....	678	Coqueluche. La contagion de la rougeole et de la.....	101
CHARBONNEAU Dr A.—Appendicéctomie.....	68	Coqueluche, la rougeole, la tuberculose et la lèpre. Les règlements municipaux concernant la.....	925
Chirurgie abdominale.—Contribution à l'étude de la.....	77	Coqueluche. Le microbe de la.....	614
Chirurgie. Congrès français de..., tenu à Paris du 18 au 23 octobre 1897.....	732	Coqueluche. Le traitement hygiénique de la.....	234
Chirurgie de l'emphyème. La.....	287	Coqueluche, par les inhalations d'ozone. Traitement de la.....	104
Chirurgie de l'estomac.....	90	Cordon ombilical. Ligature et pansement du.....	289
Chirurgie dentaire.....	371	Corps étrangers du nez et des oreilles. L'extraction des.....	282
Chirurgie des voies biliaires.....	618	Couches. Un procédé pour pratiquer sans inconvénients les injections vaginales pendant les suites de.....	554
Chirurgie. L'enseignement de la.....	616	Courants alternatifs de haute fréquence. Sur l'action thérapeutique générale des.....	662
Chlorose. Le traitement de la.....	212		
Chlorure de zinc. Technique opératoire. Traitement des hernies congénitales de l'enfance par les injections de.....	668		

PAGES	PAGES
Courrier de l'Hôpital Notre-Dame. Notes de M. le Dr Derome.....	119-186-249
Courrier des Hôpitaux. Hospice St-Joseph, Dr Jehin Prume.....	251
Courrier des Hôpitaux. Crèche de la Miséricordé.....	310
Courrier des Hôpitaux. Hospice de la Maternité, par le Dr E. A. K. De Cotret.....	690
Courrier des Hôpitaux. Hôpital Notre-Dame. Notes du Dr L. A. Lamarche....	379-441-573
Courrier des Hôpitaux. Hôtel-Dieu. Notes du Dr Geo E. Beauchamp.....	442
Coxalgie doit guérir sans boiterie. La.....	157
Coxalgie chez l'enfant. Traitement conservateur de la.....	416
Coxalgie. Traitement conservateur de la.....	560
Crookes. Quelques suggestions pratiques au sujet des tubes de....., par le professeur Foucher.....	321
Croup. La diphtérie et le.....	102
Cultures atténuées, comme moyen d'éviter les pseudo-réactions dans le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde par la méthode du sang desséché. De l'emploi des....., par le Dr Wyatt Johnston.....	74
Cure radicale des hernies inguinales. Sur un nouveau mode de traitement dans la Cure radicale des hernies. Nouvelle.....	670 225
Cure radicale du pied-bot varus-équin congénital. Anatomie pathologique et....., par le Dr Amédée Marien.....	540
Cure radicale du prolapsus utérin.....	86
Curettagé et curagé de l'utérus : le traitement de l'infection puerpérale.....	91
Cystite et les calculs de la vessie. La.....	284
Cystites tuberculeuses. Nouveau traitement des.....	226
Cystite tuberculeuse. Traitement de la.....	153
Cystotomie hypogastrique. L'avenir de la.....	46
<b>D</b>	
Dacryocystite. Deuxième contribution à l'étiologie de la....., par le prof. Foucher.....	537
Dangers des cimetières. Les.....	100
Décroissance rapide d'une tumeur fibreuse de la matrice à la suite du traitement par l'électricité, par A. Laphorn Smith....	464
Défense de l'organisme. La.....	214
Dégénérescence maligne des fibromes estelle fréquente ? La.....	294
Dents. Extraction des.....	685
Dents. Hygiène de la bouche et des.....	752
Dernier rapport du G. M. et C. P. Q. par le Dr Paul.....	698
Désinfection des chambres par la formaline. 745.....	629
Deuxième contribution à l'étiologie de la dacryocystite, par le professeur Foucher.....	537
Diabète.....	227
Diagnostic de la grossesse masquée.....	673
Diagnostic des maladies pelviennes tuberculeuses.....	623
Diagnostic de la perméabilité rézale.....	570
Diagnostic de la variole. Le.....	496
Diagnostic du cancer du rectum.....	349
Diarrhée infantile. Sur la.....	434
Diathèse urique. De la.....	83
Diphthérie et le croup. La.....	102
Diphthérie. L'isolement de la.....	628
Disparition des souffles endocardiques.....	614
Disposition des matières d'égouts.....	628
Diurétiques. Les.....	633
Diurétique, Le strophantus comme tonique cardiaque et.....	218
Dosage de l'albumine par la méthode d'Esbach.....	163
Douleurs pelviennes. Traitement des.....	292
Droits du médecin traitant. Les.....	123
DUBEAU, Eudore. — La greffe dentaire.....	566
DUBEAU, Dr Eudore. — Hygiène de la bouche et des dents dans les colléges et couvents.....	752
Durée de l'incubation, et de l'époque de la transmissibilité de la coqueluche. De la.....	105-436
Diagnostic par les rayons X. Le.....	118
Dyplopie. Cataractes secondaires des deux yeux, strabisme de l'œil droit et....., par le Dr Jehin Prume.....	137
Dysménorrhée traitée par l'hygiène, les médicaments, l'électricité et par diverses méthodes opératoires....., par A. Laphorn, Smith, M. D. Huit cents cas de.....	129
Dyspnée dans la pleurésie avec épanchement. De la.....	487
Dystocie au Mexique. La.....	77
<b>E</b>	
Eau. Filtration mécanique de l'.....	620
Eau froide en médecine infantile. L'.....	175
Eau. La filtration de l'.....	361
Eclampsie puerpérale. La perte de mémoire dans l'épilepsie et l'.....	219
Enfance (étude pathogénique et thérapeutique). Les incontinenances d'urine de l'.....	170
Egouts. Disposition des matières d'.....	628
Electricité. Décroissance rapide d'une tumeur fibreuse de la matrice, à la suite du traitement par l'....., par A. Laphorn Smith.....	464
Emploi du sulfate de quinine dans le traitement de l'avortement incomplet. De l'.....	422
Emploi des cultures atténuées, comme moyen d'éviter les pseudo-réactions dans le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde par la méthode du sang desséché. De....., par le Dr Wyatt Johnston.....	74
Empoisonnement arsénical par la voie vaginale.....	456
Empoisonnement chronique par le plomb. Symptômes peu fréquents de l'.....	148
Empoisonnement par le sublimé corrosif.....	84
Empyème. La chirurgie de l'.....	287
Enseignement de la chirurgie. L'.....	616
Entomologie à la médecine légale. L'application de l'.....	577
Entorses et des fractures malléolaires par le massage ischémique. Traitement des.....	158
Epaule. Sur un nouveau procédé d'arthrotomie et de résection de l'.....	672
Epilepsie, et l'éclampsie puerpérale. La perte de mémoire dans l'.....	219
Epilepsie jacksonnienne. De l'....., par le Dr D. Brochu.....	385
Epilepsie. Traitement chirurgical de l'.....	44
Epithélioma des fosses nasales.....	346
(Erysipèle bronzé). Deux observations de	

	PAGES		PAGES
septicémie suraiguë.....	86	Foucher, M. D.—Deuxième contribution à l'étiologie de la dacryocystite.....	537
Erysipèle. La sérothérapie de l'.....	36	Foucher, M. D.—Traumatisme grave de l'orbite ayant intéressé les sinus maxillaire, ethmoïdal et sphénoïdal.....	65
Esbach. Dosage de l'albumine par la méthode d'.....	163	Foucher, M. D.—Quelques remarques sur l'usage du tabac en rapport avec la muqueuse de la bouche et des voies respiratoires.....	193
Estomac. Chirurgie de l'.....	90	Foucher, M. D.—Quelques suggestions pratiques au sujet des tubes de Crookes.....	321
Estomac. Traitement chirurgical de la perforation spontanée de l'.....	351	Foucher, M. D.—Troubles nerveux en rapport avec les maladies de l'oreille.....	449
Estomac. Traitement de l'ulcère de l'.....	413	Fractures de la clavicule. Du traitement des.....	156
Etat puerpéral. Examen bactériologique des sécrétions génitales dans la grossesse et l'.....	354	Fracture des malléoles. Du mécanisme des.....	157
ETHIER A. et M. T. Brennan Cancer primitif de l'œsophage.....	335	Fracture du col de l'humérus.....	345
Etude de la température dans la coqueluche.....	435	Fractures du membre inférieur. Les appareils de marche dans le traitement des.....	548
Etude sur les abcès du cou consécutifs aux inflammations aiguës ou chroniques de l'oreille moyenne.....	89	Fractures. Greffe osseuse dans les.....	204
Examen bactériologique des sécrétions génitales dans la grossesse et l'état puerpéral.....	354	Fractures malléolaires par le massage ischémique. Traitement des entorses et des.....	158
Existence entre les jumeaux. De la lutte pour l'.....	228	Fracture, Résection du péroné pour.....	209
Exploration externe. De l'.....	673	Fumigation au soufre.....	467
Extraction des corps étrangers du nez et des oreilles. L'.....	282	<b>G</b>	
Extraction des dents.....	685	Gaines tendineuses et des aponeuroses, Du myélome des.....	87
Conception biologique. De la continuité de la vie comme base de la.....	664	Gale. Le meilleur traitement de la.....	79
<b>F</b>		Garde-malades du Jubilé. Les.....	314
FAUCHER, Dr P. V.—Quelques notes sur un cas de mortalité assez étrange à la suite d'une injection de sérum antidiphthérique de Roux.....	404	Gastro-entéro-anastomose. Du traitement cicatriciel du pylore consécutif aux brûlures. Son traitement par la.....	90
Fausse couche d'origine probablement blennorrhagique.....	209	Gibbosités. Le traitement chirurgical des.....	114
Favus. L'huile de cade contre le.....	348	Glande thyroïde. Le principe actif de la.....	145
Fermes vaccinales en Prusse. Les.....	99	Goitre exophtalmique. Le.....	339
Fibromes La dégénérescence maligne des... est-elle fréquente?.....	294	Goitre exophtalmique. Pathogénie et traitement du.....	221
Fièvres atypiques dans les Etats du Sud... Fièvre hystérique. La.....	39	Goutte et le rhumatisme chronique. Les rayons X dans la.....	156
Fièvre jaune. Caractères biologiques du sang dans la.....	36	Goutte, La pathogénie de la.....	274
Fièvre jaune et l'impaludisme. La.....	37	Grand ménage du printemps et les mouches. Le.....	301
Fièvre jaune. L'urine dans la.....	36	Gravelle intestinale. La.....	217
Fièvre typhoïde, et son traitement chirurgical. La perforation intestinale dans la.....	180	Greffe dentaire. La... par le Dr Eudore Dubeau.....	566
Fièvre typhoïde. L'alimentation des malades dans la.....	143	Greffe osseuse dans les fractures.....	204
Fièvre typhoïde par la méthode du sang desséché. De l'emploi des cultures atténuées comme moyen d'éviter les pseudo-réactions dans le séro-diagnostic de la... par le Dr Wyatt Johnston.....	74	Grossesse à terme chez une rachitique à bassin vicie. Intervention après 3 jours de travail. Enfant vivant. Une opération césarienne.....	150
Fièvre typhoïde. Séro-diagnostic de la... par Fernand Widal.....	526	Grossesse. Des médicaments contre-indiqués dans la.....	360
Fièvre typhoïde sudorale.....	345	Grossesse et l'état puerpéral. Examen bactériologique des sécrétions génitales dans la.....	354
Filtration de l'eau. La.....	361	Grossesse extra-utérine. Soins et traitement de la.....	76
Filtration mécanique de l'eau.....	628	Grossesse Influence de la lactation sur la menstruation et la.....	164
Fistules génito-urinaires chez la femme. Traitement opératoire des.....	356	Grossesse, Les vomissements de la.....	622
Foie. Cancer du.....	227	Grossesse masquée. Diagnostic de la.....	673
Formaline. Désinfection des chambres pat la.....	629-745	Grossesse. Mensuration de la tête fœtale pendant la.....	557
Formaline et ses applications, La.....	147	Grossesse tubaire. Diagnostic de la.....	209
Formes et traitement de l'insomnie.....	612	Guérison radicale du cancer épithélial.....	412
Forme fébrile de la colique hépatique.....	565	<b>H</b>	
Fosses nasales. Epithélioma des.....	346	Hébra. Intoxication saturnine mortelle par la pommade d'.....	370

	PAGES	PAGES	
Hématomyélose .....	637	Incision lombo-iliaque dans le traitement des appendicites supprimée. De l'.....	671
Hémorragie aseptique passive de l'utérus. De l'emploi de l'iode de potassium comme hémostatique indirecte dans l'...	77	Incotinenccs d'urine de l'enfance (étude pathogénique et thérapeutique) . Les...	170
Hémorragie liée à l'insertion vicieuse du placenta. De la valeur comparative des principales méthodes de traitement.	232-553	Incubation, et de l'époque de la transmissibilité de la coqueluche. De la durée de l'.....	105
Hémorragie méningée. Sur la mort subite des nouveau-nés et des nourrissons particulièrement dans ses rapports avec l'.....	563	Inertie utérine. Hémorragie par.....	554
Hémorragie par inertie utérine. ....	554	Inhalations d'ozone. Traitement de la coqueluche par les .....	104
Hémorragies post-partum. Injections de sérum dans les.....	428	Infection des sinus caverneux.....	346
Hémorrhoides par le procédé de Whitehead. Traitement des.....	151	Infection péri-urétrales, leur traitement.....	153
Hémostatique. Du sulfate de soude comme.....	88	Infection puerpérale: curettage et curage de l'utérus. Le traitement de l'.....	91
Hérédité morbide, influence des troubles morbides des générateurs sur les rejetons. Sur l'.....	560	Inflammations aiguës ou chroniques de l'oreille moyenne. Etude sur les abcès du cou consécutifs aux.....	89
Hernies congénitales de l'enfance par les injections de chlorure de zinc, Technique opératoire du traitement des.....	668	Influence de la blennorrhagie sur les suites de couches.....	142
Hernie inguinale directe. De la.....	411	Influence de la lactation sur la menstruation et la grossesse.....	164
Hernies inguinales, Sur un nouveau mode de traitement du sac dans la cure radicale des.....	670	Influence qui ont déterminés le progrès de la médecine durant ces deux derniers siècles et demi.....	611
Hôpital St-Louis. La peau à l'..., par Eug. St-Jacques, M. D. ....	656	Injections de sérum dans les hémorragies post-partum .....	428
Hoquet. Traitement du.....	268	Injections intra-articulaires. Traitement des tumeurs blanches par les.....	88
Hôtel-Dieu. Notes du Dr J. P. Roux, médecin-interne.....	60-119-186	Injections salines dans le traitement de la pneumonie, spécialement chez les vieillards. Des..., par J. A. Lesage.....	457
Huile de cade contre le favus. L'.....	348	Injections vaginales pendant les suites de couches. Un procédé pour pratiquer sans inconvénients les.....	554
Huit cents cas de dysménorrhée, traités par l'hygiène, les médicaments, l'électricité et par diverses méthodes opératoires, par A. Laphorn Smith, M. D.....	129	Insertion vicieuse du placenta. De la valeur comparative des principales méthodes de traitement de l'hémorragie liée à l'.....	232-553
Humérus. Fracture du col de l'.....	345	Insolation. Onze cas d'..., par E. P. Benoit.	468
Hydrastis canadensis sur le catarrhe bronchique. Action de l'.....	640	Insomnie. Le traitement de l'.....	631
Hydronephrose par rétrécissement de l'urètre. Guérison.....	152	Insomnie. Formes et traitement.....	612
Hygiène au Canada. Les progrès de l'..., par E. P. Lachapelle, M. D.....	530	Insuffisance de la valvule tricuspide d'origine rhumatismale .....	377
Hygiène de la bouche et des dents dans les collèges et couvents, par le Dr Eudore Dubeau.....	752	Institut vaccinogène. L'.....	190
Hygiène de l'Amérique du Nord, tenue à Nashville les 15 et 19 août 1897. Conférence des Conseils d'.....	681	Instruments de chirurgie. La conservation des .....	226
Hygiène de la Province de Québec. Conseil d'.....	48	Intérêts professionnels.....	252-311-381-503-698
Hygiène de la Province de Québec. Le deuxième rapport annuel du conseil d'.....	49	Intoxication par un suppositoire belladonné.....	410
Hygiène prophylactique. L'.....	297	Intoxication saturnine mortelle par la pomme d'Hébra.....	370
Hygiène publique à New-York. L'..., par Hermann M. Biggs.....	606	Iris. Absence congénitale des..., par Dr Jehin Prume.....	273
Hypertrophie de la prostate. Résection des canaux déférents et castration dans l'...	154	Isolement de la diphthérie. L'.....	628
Hypertrophie du cœur et lésions valvulaires chez deux jeunes enfants .....	139	<b>J</b>	
<b>I</b>		JEHIN PRUME, Dr.—Cataractes secondaires des deux yeux, strabisme de l'œil droit et dyplopie.....	137
Idees passées et présentes sur l'action des médicaments. Les.....	630	Jumeaux. De la lutte pour l'existence entre les .....	228
Impadulisme à Mexico. Observations de cas d'.....	39	Jus de citron dans le pansement des plaies de mauvaise nature. Le.....	463
Impadulisme. La fièvre jaune et l'.....	37	<b>K</b>	
Impadulisme. Quelques faits d'utilité pratique au sujet de l'.....	38	Kyste de l'ovaire. Péritonite. Occlusion intestinale. Guérison. Laparatomie pratiquée trois fois chez la même personne dans l'espace de seize jours, par le Dr L. Coyteux Prévost.....	257

	PAGES		PAGES
Kyste du para-ovarium adhérent à la trompe .....	141	Médecine légale. L'application de l'entomologie à la...	577
<b>L</b>		Médecins et la loi. Les .....	473
LAOHAPELLE, E. P.—Les progrès de l'hygiène au Canada.....	530	Médecin traitant. Les droits du.....	123
Lactation sur la menstruation et la grossesse. Influence de la .....	164	Médicaments contre-indiqués dans la grossesse. Des.....	360
Lait chez les nourrices. De la production du .....	415	Médicaments. Les idées passées et présentes sur l'action des.....	630
Lait. Le bacille tuberculeux dans le.....	637	Médication thyroïdienne contre les états congestifs des organes génitaux féminins .....	655
Langue noire. De la.....	559	Mémoire dans l'épilepsie et l'éclampsie puerpérale. La perte de.....	219
Laparatomie. De la mort après la.....	358	Ménages sans lésions cérébrales. Guérison. Perforation de l'os frontal et des.....	139
Laparatomie pratiquée trois fois chez la même personne dans l'espace de seize jours. Kyste de l'ovaire, Péritonite, Occlusion intestinale. Guérison, par le Dr L. Coyteux Prévost.....	257	Méningisme et méningites.....	529
LAPTHORN-SMITH, M. D.—Huit cents cas de dysménorrhée traités par l'hygiène, les médicaments, l'électricité et par diverses méthodes opératoires.....	129	Méningisme hystérique fébrile.....	552
Larynx. La tubage du.....	418	Méningite non tuberculeuse postérieure de la base chez les enfants.....	564
Lavage de l'estomac cancéreux. Contre-indication du .....	288	Méningite .....	687
Lèpre grecque. Nouvelle méthode sérothérapique pour le traitement de la.....	37	Méningite tuberculeuse.....	227
Lèpre. Les règlements municipaux concernant la coqueluche, la rougeole, la tuberculose et la.....	625	Menstruation dans ses rapports avec la pathologie générale. La.....	488
LESAGE, J. A.—Des injections salines dans le traitement de la pneumonie, spécialement chez les vieillards.....	457	Menstruation et la grossesse. Influence de la lactation sur la.....	164
Lésions bulbaires. Spasmes bronchiques par .....	346	Mensuration de la tête fœtale pendant la grossesse.....	557
Les sanitarium .....	334	MENCIER, Dr O. F.—La cocaïne en chirurgie. Microbe de la calvitie. Le.....	208
Lésions valvulaires chez deux jeunes enfants. Hypertrophie du cœur et .....	139	Microbe de la coqueluche. Le.....	614
Leucocytes. Le rôle physiologique des.....	378	Migraine. Du traitement de la .....	83
Ligature des carotides.....	619	Moëlle épinière. L'arthrite déformante et ses relations avec la phtisie, le rhumatisme et les maladies de la.....	612
Ligature et pansement du cordon ombilical .....	289	Moëlle osseuse. Du traitement de l'anémie par la.....	569
J. LIPPÉ, M. D.—Oblitération du col utérin.....	546	Mort après la laparatomie. De la.....	358
Lithiase biliaire. La.....	615	Mort subite des nouveau-nés et des nourrissons, particulièrement dans ses rapports avec l'hémorragie méningée. Sur la.....	563
Loi. Les médecins et la.....	473	Morre à la Havane. La .....	37
Lutte pour l'existence entre les jumeaux. De la .....	228	Mouches. Le grand ménage du printemps et les.....	301
<b>M</b>		Mycosis du pharynx.....	665
Maladie des bestiaux de Pictou. La.....	637	Myélite diffuse.....	206
Maladies de cœur. Traitement des.....	334	Myélome des gaines tendineuses et des aponeuroses. Du .....	87
Mal de Pott. L'opération du.....	377	<b>N</b>	
Maladies pelviennes tuberculeuses. Diagnostic des .....	623	Néoplasmes abdominaux. Adénopathie cervicale des .....	80
Malléoles. Du mécanisme des fractures des.....	157	Néphrite post-scarlatineuse. Traitement de la .....	176
MARIEN, Amédée, M. D.—Anatomie pathologique et cure radicale du pied-bot varus-équin congénital .....	540	Néphropexie. Sur la.....	152
Massage ischémique. Traitement des entorses et des fractures malléolaires par le .....	158	Névralgie dentaire chez les femmes enceintes.....	372
Matrice à la suite du traitement par l'électricité. Décroissance rapide d'une tumeur fibreuse de la..., par A. Lapthorn Smith .....	464	Nez et des oreilles. L'extraction des corps étrangers du.....	282
Mécanisme des fractures des malléoles. Du ..	157	Notes cliniques. La peau à l'Hôpital St-Louis, par Eug. St-Jacques, M. D.....	656
Médecin d'assurance sur la vie. Le.....	724	Notes sur la désinfection des chambres par la formaldéhyde, par Wyatt Johnston.....	745
Médecine anglaise dans la nouvelle Angleterre. La..., par William Osler.....	595	Nourrices enceintes. Des.....	162
Médecine infantile. L'eau froide en.....	175	Nouveau mode de traitement du sac dans la cure radicale des hernies inguinales.....	670
		Nouveau-nés et des nourrissons, particulièrement dans ses rapports avec l'hémorragie méningée. Sur la mort subite des.....	563
		Nouveau procédé d'arthrotomie et de résection de l'épaule. Sur un.....	672

PAGES	PAGES
<b>O</b>	
Oblitération du col utérin, par le Dr Lippé	546
Observations de septicémie suraiguë (érysipèle bronzé) Deux.....	86
Obstruction intestinale. L'.....	77
Obstruction intestinale par des calculs de Salol.....	288
Occlusion intestinale (Kyste de l'ovaire-Péritonite) Laparatomie pratiquée trois fois chez la même personne dans l'espace de seize jours, par le Dr L. Coyteux Prévost.....	257
Oedème aigu du poumon. L'.....	571
Œsophage. Cancer primitif de l'....., par M. T. Brennan, M. D. et A. Ethier M. D. ....	335
Œuvre de Pasteur et la conception moderne de la médecine. L'....., par le professeur Charles Richet.....	513
Opération césarienne à la campagne. Grossesse à terme chez une rachitique à bassin vicé. Intervention après trois jours de travail.....	159
Opération de Kraske dans le cancer du rectum.....	617
Opération du mal de Pott.....	377
Opérations palliatives contre le cancer de la prostate.....	155
Orbite, traumatisme grave de l'....., ayant intéressé les sinus maxillaire, ethmoïdal et sphénoïdal, par le professeur Foucher..	65
Oreilles et de tête. La carie dentaire en rapport avec les maladies d'yeux, d'.....	245
Oreilles. L'extraction des corps étrangers du nez, et des.....	282
Oreille moyenne. Etude sur les abcès du cou consécutifs aux inflammations aiguës ou chroniques de l'.....	89
Oreille. Troubles nerveux en rapport avec les maladies de l'....., par le professeur Foucher.....	449
Organisme. La défense de l'.....	214
Os frontal et des méninges sans lésions cérébrales. Perforation de l'.....	139
OSLER, William.—La médecine anglaise dans la Nouvelle-Angleterre.....	595
Oxone.....	104
Ozone. Traitement de la coqueluche par les inhalations d'.....	104
<b>P</b>	
Pan American. Le second congrès médical.....	27-76
Pansement du cordon ombilical. Ligature et PANIZEAU, T., M. D., et E. P. BENOIT, M. D., Pleurésie purulente à pneumocoques.....	289 340
Pasteur et la conception moderne de la médecine. L'œuvre de....., par le professeur Charles Richet.....	513
Pathogénie de la goutte. La.....	274
Peau à l'Hôpital St-Louis. La....., par Eug. St-Jacques, M. D.....	656
PELLETIER, Dr Elzéar. — Conférence des Conseils d'Hygiène de l'Amérique du Nord tenu à Nashville les 18 et 19 août 1897.....	681
Perforation de l'os frontal et des méninges sans lésions cérébrales. Guérison.....	139
Perforation intestinale dans la fièvre typhoïde et son traitement chirurgical. La.....	180
Perforation spontanée de l'estomac. Traite-	
ment chirurgical de la.....	351
Péritonite, Occlusion intestinale, (Kyste de l'ovaire). Laparatomie pratiquée trois fois chez la même personne dans l'espace de seize jours, par le Dr L. Coyteux Prévost.....	257
Pernéabilité rénale. Diagnostic de la.....	570
Péroné, pour fracture. Résection du.....	209
Peste bubonique et son sérum. La.....	182
Pharynx. Mycosis du.....	665
Pied-bot varus-équin congénital. Anatomie pathologique et cure radicale du....., par le docteur Amédée Marien.....	540
Pied-bot varus-équin Sur le.....	86
Placenta dans la cavité utérine. Avortement. Rétention du.....	678
Placenta. De la valeur comparative des principales méthodes de traitement de l'hémorrhagie liée à l'insertion vicieuse du.....	232-553
Places d'eau. L'assainissement dans les.....	429
Plaies de l'abdomen. Contribution au traitement des contusions et.....	150
Pleurésie purulente à pneumocoques, par E. P. Benoit, M. D., et T. Parizeau, M. D.....	340
Pleuro-pneumonie des bestiaux. La.....	638
Plomb. Symptômes peu fréquents de l'empoisonnement chronique par le.....	148
Pneumocoques. Pleurésie purulente à....., par E. P. Benoit, M. D., et T. Parizeau, M. D.....	340
Pneumonie, spécialement chez les vieillards. Des injections salines dans le traitement de la....., par J. A. Lesage.....	457
Point de côté chez les artério-scléreux. Du.....	278
Poumon. L'oedème aigu du.....	571
PREVOST, Dr L. Coyteux, — Laparatomie pratiquée trois fois chez la même personne dans l'espace de seize jours. — Kyste de l'ovaire — Péritonite — Occlusion intestinale. Guérison.....	257
Primipare à 8½ mois de grossesse atteinte d'œdème et d'albuminurie Régime lacté et autres soins employés avec peu de résultat pendant plusieurs jours. Provocation du travail, forceps. Suites heureuses pour la mère et l'enfant.....	742
Principe actif de la glande thyroïde. Le.....	145
Procédé pour distinguer le sang normal d'avec le sang diabétique. Un.....	82
Procédé pour pratiquer sans inconvénients les injections vaginales pendant les suites de couche. Un.....	554
Progrès de la médecine durant ces deux derniers siècles et demi. Influences qui ont déterminé les.....	611
Progrès de l'hygiène au Canada. Les....., par E. P. Lachapelle, M. D.....	530
Progrès des rayons X. Les.....	377
Progrès des recherches pathologiques et leurs résultats. Les.....	635
Prolapsus utérin. Cure radicale du.....	86
Prostate. Opérations palliatives contre le cancer de la.....	155
Prostate. Résection des canaux déferents et castration dans l'hypertrophie de la.....	154
Prostatite. Cure radicale de la.....	45
PRUME, Dr JEHU. — Absence congénitale des iris.....	273
Prurit vulvaire. Traitement du.....	529
Pseudo-réactions dans le séro-diagnostic de	

	PAGES		PAGES
la fièvre typhoïde par la méthode du sang desséché. De l'emploi des cultures atténuées comme moyen d'éviter les... par le Dr Wyatt Johnston.....	74	chaud. Le traitement du.....	216
Phtisie, le rhumatisme et les maladies de la moëlle épinière. L'arthrite déformante et ses relations avec la phthisie, le.....	612	Rhumatisme chronique. Les rayons X dans la goutte et le.....	160
Putréfaction fœtale. Sur la.....	677	Rhumatisme et les maladies de la moëlle épinière. L'arthrite déformante et ses relations avec la phthisie, le.....	612
Pylore, consécutif aux brûlures. Son traitement par la gastro-entéro-anastomose. Du rétrécissement cicatriciel du.....	90	RICHET, Charles. — L'œuvre de Pasteur et la conception moderne de la médecine.....	513
<b>Q</b>		ROBERGE, Dr.—La carie dentaire et les affections oculaires.....	135
Quarantaines. De l'utilité des.....	626	RODDICK, T. G., M. D.—Le Canada : son organisation et ses ressources médicales.....	599
Quelques notes sur un cas de mortalité assez étrange, à la suite d'une injection de sérum anti-diphthérique de Roux, par le Dr P. V. Faucher.....	404	Rôle de l'insuffisance des valvules de la sapène interne dans les varices du membre inférieur. Du.....	736
Quelques suggestions pratiques au sujet des tubes de Crookes, par le Prof. Foucher.....	321	Rôle des agents physiques dans les maladies infectieuses.....	35
<b>R</b>		Rôle physiologique des leucocytes. Le.....	378
Rachitisme. Recherches sur la pathogénèse du.....	239-367	Rougeols, et de la coqueluche. La contagion de la.....	101
Rapport annuel du Conseil d'Hygiène de la Province de Québec. Le deuxième.....	49	Rougeole. Les bains chauds dans le traitement de la.....	435
Rayons Roëntgen en chirurgie. Valeur des.....	46	Rougeole, la tuberculose et la lèpre. Les règlements municipaux concernant la coqueluche, la.....	625
Rayons X dans la goutte et le rhumatisme chronique. Les.....	150	Rougeole. Le traitement hygiénique de la.....	165
Rayons X. Le diagnostic par les.....	118	Rougeole. Rechute et récidence de la.....	106
Rayons X. Les progrès des.....	377	ROY, Dr L. J. H.—L'anthropométrie.....	324
Recherches bactériologiques à propos d'une épidémie d'angioleucite aiguë du cheval.....	347	Rubéole. De la.....	610
Recherches pathologiques en médecine. La valeur des.....	146	<b>S</b>	
Recherches sur la pathogénèse du rachitisme.....	239-367	Saignée et le sérum artificiel dans l'urémie aiguë. La.....	414
Rechute et récidence de la rougeole.....	106	Salol. Obstruction intestinale par des calculs de.....	288
Récidence de la rougeole. Rechute et.....	106	Sang normal d'avec le sang diabétique. Un procédé pour distinguer le.....	82
Rectum. Atonie du.....	614	Sapène interne. Du rôle de l'insuffisance des valvules de la..., dans les varices du membre inférieur.....	736
Rectum. Diagnostic du cancer du.....	319	Scarlatine. Des bains chauds dans le traitement de la.....	545
Réflexions sur l'appendicite.....	437	Sclérose en plaques.....	206
Règlements municipaux concernant la coqueluche, la rougeole, la tuberculose et la lèpre. Les.....	625	Scoliose. La.....	618
Rein mobile. Le.....	417	Sécrétions génitales dans la grossesse et l'état puerpéral. Examen bactériologique des.....	354
Remarques sur l'usage du tabac en rapport avec la muqueuse de la bouche et des voies respiratoires. Quelques..., par Professeur Foucher.....	193	Septicémie puerpérale. Traitement classique de la.....	78
Réséction des canaux déférents et castration dans l'hypertrophie de la prostate.....	154	Septicémie suraiguë (érysipèle bronzé). Deux observations de.....	86
Réséction de l'épaule. Sur un nouveau procédé d'arthrotomie et de.....	672	Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde par Fernand Widai.....	526
Réséction de l'intestin.....	618	Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde, par la méthode du sang desséché. De l'emploi des cultures atténuées comme moyen d'éviter les pseudo-réactions dans la..., par le Dr Wyatt Johnston.....	74
Réséction du péroné pour fracture.....	209	Sérothérapie de l'érysipèle. La.....	36
Rétention du placenta dans la cavité utérine. Avortement.....	678	Sérothérapie, tubage et trachéotomie, par J. L. Archambault, M. D.....	641-705
Rétrécissement cicatriciel du pylore consécutif aux brûlures—Son traitement par le gastro-entéro-anastomose. D.....	90	Sérum antidiphthérique. Le.....	634
Rétrécissement de l'uretère. Guérison. Hydronéphrose par.....	152	Sérum antidiabétique de Roux. Quelques notes sur un cas de mortalité assez étrange à la suite d'une injection de..., par le Dr P. V. Faucher.....	404
Rétroversions. Traitement des.....	634	Sérum artificiel dans l'urémie aiguë. La saignée et le.....	414
Rhumatisme articulaire aigu.....	220-230	Sérum dans les hémorrhagies post-partum.....	
Rhumatisme articulaire aigu par les applications d'essence du wintergreen. Traitement du.....	85		
Rhumatisme articulaire par les bains d'air			

	PAGES		PAGES
Injection de.....	428	Trachéotomie. Sérothérapie, tubage et., par J. L. Archambault, M. D.....	641-705
Sérum. La peste bubonique et son.....	182	Traitement abortif de l'urôthrite blennorrhagique. Du.....	494
Stérilité par les antiseptiques. La.....	233	Traitement chirurgical de la perforation spontanée de l'estomac.....	351
Sinus caverneux. Infection des.....	346	Traitement chirurgical de l'appendicite. Le.....	112
Sinus maxillaire, étimoiidal et sphénoïdal, Traumatisme grave de l'orbite ayant intéressé les., par le professeur Foucher.....	65	Traitement chirurgical des gibbosités. Le.....	114
SMITH, A. Laphorn, M. D.—Décroissance rapide d'une tumeur fibreuse de la matrice à la suite du traitement par l'électricité.....	464	Traitement chirurgical. La perforation intestinale dans la fièvre typhoïde et son.....	180
Sociétés de Bienfaisance. Le bureau des Gouverneurs et les.....	701	Traitement conservateur de la coxalgie chez l'enfant.....	416
Société des internes de l'Hôpital Notre-Dame.....	139-205-345	Traitement conservateur de la coxalgie.....	560
Société Médicale de Québec.....	411	Traitement de la chlorose. Le.....	212
Société Médicale de Québec. Constitution de la.....	201	Traitement de la coqueluche au moyen de l'asaprol.....	35
Souffles endocardiques. Disparition des.....	614	Traitement de la coqueluche par les inhalations d'ozone.....	104
Spasmes bronchiques par lésions bulbaires.....	346	Traitement de la cystite tuberculeuse.....	153
St-JACQUES, Eug. M. D.—La peau à l'Hôpital St-Louis.....	656	Traitement de la gale. Le meilleur.....	79
St-JACQUES, Eug. M. D.—Congrès français de chirurgie tenu à Paris du 18 au 23 octobre 1897.....	732	Traitement de la migraine. Du.....	83
Stercorome infantile. Du.....	151	Traitement de l'anémie par la moëlle osseuse. Du.....	569
Strabisme de l'œil droit et dylopie. Cataractes secondaires des deux yeux, par le Dr Jehin P'ume.....	137	Traitement de la néphrite post-scarlatineuse. Le.....	176
Strophants comme tonique cardiaque et diurétique. Le.....	218	Traitement de la pneumonie, spécialement chez les vieillards. Des injections salines dans le., par J. A. Lesage.....	457
Sublimé corrosif. Empoisonnement par le.....	84	Traitement de la syphilis. Le.....	632
Sublimé dans les accouchements. L'emploi des antiseptiques et spécialement du.....	547	Traitement de l'avortement incomplet.....	97
Suites de couches. Influence de la blennorrhagie sur les.....	142	Traitement de l'eczéma par l'acide picrique. Le.....	506
Sulfate de quinine dans le traitement de l'avortement incomplet. De l'emploi du.....	422	Traitement de l'hémorrhagie liée à l'insertion vicieuse du placenta. De la valeur comparative des principales méthodes du.....	232
Sulfate de soude comme hémostatique. Du.....	88	Traitement de l'infection puerpérale. Curetage et curage de l'utérus. Le.....	91
Symes. L'amputation de.....	251	Traitement de l'insomnie. Le.....	631
Symphyséotomie. De la.....	675	Traitement de l'ulcère de l'estomac.....	431
Symptôme peu fréquents de l'empoisonnement chronique par le plomb.....	148	Traitement des contusions et plaies de l'abdomen. Contribution au.....	150
Syphilis héréditaire: développement d'enfants d'un poids extrêmement faible.....	355	Traitement des cystites tuberculeuses. Nouveau.....	226
Syphilis. Le traitement de la.....	632	Traitement des entorses et des fractures malléolaires par le massage ischémique.....	158
Syphilis. Quand faut-il commencer le traitement de la.....	672	Traitement des fractures de la clavicule. Du.....	156
T		Traitement des fractures du membre inférieur. Les appareils de marche dans le.....	548
Tabac, en rapport avec la muqueuse de la bouche et des voies respiratoires. Quelques remarques sur l'usage du., par le professeur Foucher.....	193	Traitement des hémorroïdes par le procédé de Whitehead.....	151
Tachycardie post-opératoire.....	348	Traitement des hernies congénitales de l'enfance par les injections de chlorure de zinc. Technique opératoire.....	668
Technique opératoire. Traitement des hernies congénitales de l'enfance par les injections de chlorure de zinc.....	668	Traitement des maladies de cœur.....	334
Tête fœtale pendant la grossesse. Mensuration de la.....	557	Traitement des tumeurs blanches par les injections intra-articulaires.....	88
Tête. La carie dentaire en rapport avec les maladies d'yeux, d'oreilles et de.....	245	Traitement des tranchées utérines.....	740
Thyroïdectomie partielle. Un cas de., par le Dr O. F. Mercier.....	71	Traitement diététique du diabète.....	613
Tonique cardiaque et diurétique. Le strophantus comme.....	219	Traitement du hoquet.....	268
Toux quinteuse post-rubéolique. Action favorable de la vaccination jennérienne sur la.....	572	Traitement du rhumatisme articulaire aigu par les applications d'essence de Wintergreen.....	85
		Traitement du rhumatisme articulaire par les bains d'air chaud. Le.....	216
		Traitement du sac dans la cure radicale des hernies inguinales. Sur un nouveau mode de.....	670
		Traitement hygiénique de la coqueluche. Le.....	234
		Traitement hygiénique de la rougeole. Le.....	165
		Traitement opératoire des fistules génito-	

PAGES	PAGES		
urinaires chez la femme.....	357	Vaccination. Les preuves de l'efficacité de la.....	749
Traitement par la gastro-entéro-anastomose. Du rétrécissement cicatriciel du pylore consécutif aux brûlures. Sou.....	90	Valeur comparative des principales méthodes de traitement de l'hémorragie liée à l'insertion vicieuse du placenta. De la.....	232-553
Traitement rationnel des douleurs pelviennes.....	292	Valeur des recherches pathologiques en médecine. La.....	146
Tranchées utérines. Traitement des.....	740	Valvules de la saphène interne. Du rôle de l'insuffisance des..., dans les varices du membre inférieur.....	736
Transmissibilité de la coqueluche. De la durée de l'incubation et de l'époque de la.....	105	Valvule tricuspide d'origine rhumatismale. Insuffisance de la.....	377
Traumatisme grave de l'orbite ayant intéressé les sinus maxillaire, ethmoïdal et sphénoïdal, par le Professeur Foucher.	65	Variétés.....	511
Trinitrate d'érythrol dans l'angine de poitrine. Le.....	275	Varices des extrémités inférieures.....	46
Trompe. Kyste du para-ovarium adhérent à la.....	141	Varices du membre inférieur. Du rôle de l'insuffisance des valvules de la saphène interne dans les.....	736
Troubles nerveux en rapport avec les maladies de l'oreille, par le professeur Foucher.....	449	Variole à Montréal. La.....	624
Tubage du larynx. Le.....	416	Variole jusqu'aujourd'hui. La.....	487
Tubage et trachéotomie. Sérothérapie par J. L. Archambault, M. D.....	641-705	Variole. Le diagnostic de la.....	496
Tuberculose et la lèpre. Les règlements municipaux concernant la rougeole, la.....	625	Variole. Prophylaxie de la.....	502
Tuberculose par l'étude microscopique du sang. Diagnostic de la.....	39	Végétations adénoïdes et la bronchite chronique. Les.....	276
Tuberculose pulmonaire devant la commission de la tuberculose. La.....	57	Verrues. Traitement des.....	684
Tumeurs blanches, par les injections intra-articulaires. Traitement des.....	88	Vessie. La cystite et les calculs de la.....	284
Tumeur fibreuse de la matrice, à la suite du traitement par l'électricité. Décroissance rapide d'une..., par A. Lashborn Smith.....	464	VILLENEUVE, Dr George.—Les aliénés devant la loi.....	5
<b>U</b>		Voies biliaires. Chirurgie des.....	618
Ulcère de l'estomac. Traitement de l'.....	413	Voies respiratoires. Quelques remarques sur l'usage du tabac en rapport avec la muqueuse de la bouche et des..., par le professeur Foucher.....	193
Œdème aigu. La saignée et le sérum artificiel dans l'.....	414	Vomiques chroniques d'origine pleuro-pulmonaire.....	205
Urètre. Guérison. Hydronéphrose par rétrécissement de l'.....	152	Vomissements de la grossesse. Les.....	622
Urètre. Les calculs de l'.....	619	<b>W</b>	
Utérus. Le traitement de l'infection puerpérale : curetage et curage de l'.....	91	Whitehead. Traitement des hémorroïdes par le procédé de.....	151
Utilité des quarantaines. De l'.....	626	WIDAL, Fernand.—Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde.....	526
<b>V</b>		Wintergreen. Traitement du rhumatisme articulaire aigu par les applications d'essence de.....	95
Vaccination jennérienne sur la toux quinteuse post-rubéolique. Action favorable de la.....	572	WYATT JOHNSTON, Dr.—De l'emploi de cultures atténuées comme moyen d'éviter les pseudo-réactions dans le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde par la méthode du sang desséché.....	74
Vaccination. La pratique antiseptique de la.....	500	<b>Y</b>	
Vaccination. L'efficacité de la.....	495	Yeux, d'oreilles et de tête. La carie dentaire en rapport avec les maladies d'.....	245