

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

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

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

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX.	PAGES.
COURRIER DE LA MATERNITÉ : <i>Môle hydatiforme, hémorrhagie, injection intraveineuse de sérum artificiel.—Eclampsie puerpérale, accouchement forcé, saignée, injection intra-veineuse de sérum artificiel, veratrum viride</i> , par E.-A. René de COTRET, M. D., médecin de la Maternité, Professeur adjoint d'obstétrique.....	321
LA NOUVELLE PHARMACOPEE BRITANNIQUE (1898), par E.-P. BENOIT, M. D., chef de clinique à l'hôpital Notre-Dame, et Arthur DÉCARY, licencié en pharmacie.....	340
<i>Réssection du grand épiploon dans un cas de cure radicale d'une hernie ombilicale</i> , par A. CHARBONNEAU, M. D.....	347
REVUE DES JOURNAUX.	
MÉDECINE.	
<i>Etude sur l'hydrastis canadensis et son action curative: 1° dans les hémorrhagies hémorroïdales, dysentériques, tuberculeuses; 2° dans les varices</i> , par M. le Dr N. MARINI (de Bagdad)..	350
CHIRURGIE.	
<i>Traitement de l'ongle incarné par le nitrate de plomb</i>	349

(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.—DUJARDIN-BEAUMONT.

LISTERINE

LA LISTERINE est un désinfectant non toxique, non irritant et non caustique, composé d'essences ozonifères, 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 désérisives et antiphlogistiques et de ses effets calmants et rafraichissants sur les tissus.

Dans les formes de dyspepsie caractérisées par la formation de gaz, d'éruclations 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 DIATHESE URIQUE

LAMBERT'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 désirant 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 mentionner 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-Diptéritique.....	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.

Des avortements en général et de leur thérapeutique en particulier
(suite et fin), par le Dr BOISSARD, accoucheur des hôpi-
taux, professeur adjoint à la Maternité..... 356

REVUE D'HYGIENE.

La prophylaxie de la consommation..... 365
Le certificat de décès..... 367

INTERETS PROFESSIONNELS.

Association mutuelle des médecins—communication de M. le Dr
LIPPÉ..... 369
Lettre du Dr A. de Martigny..... 371
Lettre du Dr A. T. Brosseau..... 373
Lettre du Dr J. B. A. Lamarche..... 375
L'Assemblée des médecins au Monument National..... 375
La position de Régistrare..... 380
Association Médicale du district d'Iberville (Dr SABOURIN)..... 381
Bibliographies..... 355, 382, 383, 384

J. H. CHAPMAN,

2294 — RUE STE-CATHERINE — 2294

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

BELL TELEPHONE 4396.

Instruments de Chirurgie de toutes sortes et de première qualité

A des prix très modérés - - - - - **Discompte 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 (brisé)
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.

EXPOSITIONS UNIVERSELLES

Paris 1889, Mention Honorable — Lyon 1894, Médaille d'Or



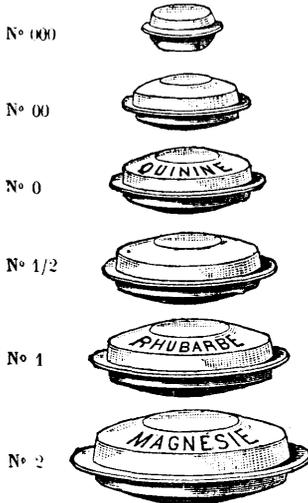
CACHETS DIGNE

SOUPLES
RÉSISTANTS
CONSERVATION INDÉFINIE

Appareils

CAPELLIFORMES

ÉLÉGANTS, de grande contenance, à cupule saisissable par les appareils Cacheteurs.



HYPERCONCAVES

N° 00 — 0 — 1/2 — 1 — 2 et 3.



CONCAVES

FORME BASSE N° 1 — 2 et 3.



EXPÉDITIF-SIMPLIFIÉ

cacheteur des Cachets concaves
et Hyperconcaves.

CACHETS avec Inscriptions du nom et de l'adresse du Pharmacien (ou de noms de médicaments) soit en impression de couleur, soit timbrés en relief sans couleur.

CACHETS DE COULEUR

Envoi franco d'Echantillons, Prospectus, Prix-Courants

J^N DIGNE et C^{ie}, boulevard St-Charles, 97 et 99, MARSEILLE.

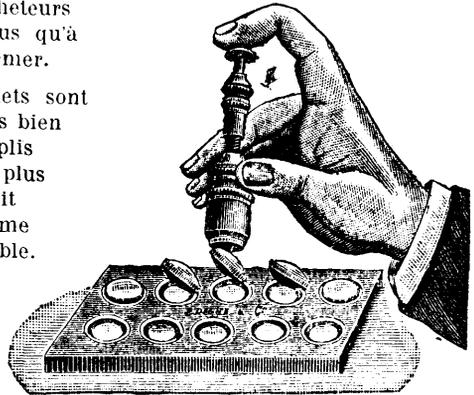
Dépôts à *Montreal* (Canada) : LYMAN KNOX ; — à *Québec* (Canada) : ULD FRANCOEUR.

GACHETEUR COMPRESSO-DOSEUR des *Cachets comprimés*

Dosage des Poudres,
Réduction des doses en comprimés,
Distribution dans les Cachets
laissant les bords intacts :

Les Cacheteurs
n'ont plus qu'à
les fermer.

Les Cachets sont
toujours bien
remplis
et du plus
petit
volume
possible.



Le *Compresso-Doseur* devient Cacheteur des *Capelliformes* en remplaçant son cylindre par celui du Cacheteur.

CACHETEUR DES CAPELLIFORMES dit « *Compresso-Cacheteur* »

Le plus simple et le plus pratique des appareils qui saisissent les cachets par la cupule pour les fermer.

BOITES DE 3 — 4 — 5 — 6 GRANDEURS.

Compresso-Doseur seul.

Cacheteur seul.

Compresso-Doseur et Cacheteur réunis.

TRAVAUX ORIGINAUX

COURRIER DE LA MATERNITÉ.

MOLE HYDATIFORME—HÉMORRAGIE—INJECTION INTRA-VEINEUSE DE SÉRUM ARTIFICIEL.

Par E. A. René de COTRET, M. D., Médecin de la Maternité, Professeur-adjoint d'Obstétrique.

Les cas de môle hydatiforme se rencontrent si rarement qu'il peut être assez intéressant d'en rapporter l'histoire chaque fois qu'il nous est donné d'assister une femme dans ces moments critiques. Laissez-moi d'abord vous en transmettre une observation et dans une autre chronique je vous donnerai le dernier mot de la science à propos de l'étiologie de la môle hydatiforme.

OBSERVATION.—Madame McS. est âgée de 31 ans. Inutile de dire qu'elle est de nationalité irlandaise, son nom l'indique.

Elle prétend que ses antécédents héréditaires sont excellents. Une tante paternelle seule fait exception. Celle-ci aurait souffert de rhumatisme. Madame McS. ne sait à quel âge elle a marché, mais elle a toujours bien marché. Régliée régulièrement depuis 16 ans. Rougeole dans l'enfance.

En 1892, elle est employée comme servante. A la suite d'excès de travail, madame McS. tombe malade et devient anémique. Après un traitement approprié sa santé s'améliore et en juillet 1895, madame se marie. Dès qu'elle devient enceinte sa santé périclité de nouveau. Elle accouche laborieusement avec le forceps, en juin 1896.

Son enfant vit en bonne santé et elle le nourrit pendant 18 mois, ce qui affecte davantage la constitution de madame McS., qui voit régulièrement ses menstrues pendant les six derniers mois qu'elle allaite son bébé.

Les dernières règles apparaissent dans la semaine de Noël 1897. Madame McS. se croit enceinte et sèvre son bébé. En janvier 1898,

sa faiblesse augmentant, elle voit le médecin. Au milieu de février, elle a des vomissements le matin à jeun ou toutes les fois qu'elle prend de la nourriture. Il y a perte d'appétit et difficulté de respirer pendant la marche. Pour comble de malheur, le 21 février madame McS. fait une chute sur le dos en bas d'un escalier, et quinze jours plus tard, elle commence à perdre en rouge et elle éprouve des douleurs à la matrice. Son médecin lui prescrit le repos au lit, et des médicaments pour calmer les douleurs et arrêter l'hémorragie. Les remèdes soulagent quelque peu la patiente qui voit dès lors son *abdomen se développer rapidement*. L'utérus distendu devient très dur et très sensible à la moindre pression pendant qu'il est continuellement en état de contraction. L'appétit est nul, et l'estomac rejette tout.

Madame McS. était au lit depuis trois semaines quand elle nous est envoyée à la Maternité par MM. les docteurs Merrill et Dubé. C'était le 30 mars, vers 5 h. p. m.

Voici ce que trouvent les gardes-malades à leur examen : utérus développé comme un utérus à 8 mois de grossesse ; très dur, dureté de bois ou de pierre, très sensible ; plus développé à gauche vers le fond ; pas d'hémorragie externe ; pouls 120, température $99\frac{1}{2}$ ° F.

A 11 $\frac{1}{2}$ heures p. m., le 20 mars, madame McS. commence à perdre. L'hémorragie augmente rapidement. Le sang coule à flot. On me mande alors.

Voici le résultat de mon examen :

Je suis en présence d'une femme qui, pour me servir de l'expression du célèbre conférencier de l'Université Laval, M. Doumic, a emprunté à la nature humaine tout juste ce qu'il lui faut pour se mouvoir parmi les mortels. En effet, c'est plutôt un squelette recouvert d'une enveloppe de femme que j'ai devant moi. Elle est pâle, exsangue. Son pouls est excessivement rapide et faible. Son utérus, qui atteint l'ombilic, est très dur, très sensible, très douloureux ; il est plus développé vers les cornes, surtout à gauche. La malade perd abondamment. Ce qui explique la différence de hauteur de l'utérus pendant l'examen des gardes-malades quelques heures auparavant et le mien, c'est qu'il y avait eu hémorragie interne, et que le sang amassé dans la cavité utérine s'est écoulé dans l'intervalle des deux examens.

Au palper, je sens un utérus en contraction permanente. L'auscultation est nulle. Toucher— : le doigt pénètre dans un col de multipare plus ou moins ramolli et long. Je ne sens pas de poche

des eaux ; mais je touche, en pénétrant aussi haut que je puis pousser mon doigt, un lambeau qui me donne ni la sensation du placenta, ni celle d'un caillot, encore moins celle d'une partie fœtale. En retirant mon doigt, je déchire volontairement une parcelle du lambeau que j'entraîne au dehors de l'utérus : ce sont de petites vésicules d'une teinte jaunâtre. Mon diagnostic est établi : môle hydatiforme ou vésiculaire.

Le cas est urgent, la malade décline rapidement. Je fais appeler M. le prof. Lamarche, et j'invite les deux médecins, MM. Dubé et Merrill, qui avaient bien voulu nous faire la faveur d'un si beau cas.

La malade, plus morte que vive, est transportée dans la salle d'accouchement où on lui fait deux injections sous-cutanées de sérum artificiel, c'est-à-dire une injection de 20 onces dans chaque flanc. Il n'y avait plus à perdre un instant. Le temps était précieux ; ici, le proverbe américain *time is money* pouvait se traduire par *le temps c'est de la vie* : en effet, les secondes marquaient des années pour l'infortunée confiée à nos mains.

La dilatation rapide du col s'imposait. On n'avait pas à songer au tamponnement vaginal tout à fait inutile dans le cas présent, parce que ce moyen ne pouvait empêcher l'hémorragie interne de se produire comme antérieurement : chaque goutte de sang perdu devait être comptée, il faut être parcimonieux des dernières gouttes d'huile qui entretiennent la lampe mourante.

Un des quatre médecins présents administre le chloroforme à la moribonde. Nous commençons la dilatation rapide du col de l'utérus d'abord avec les dilatateurs métalliques de grandeur différente, puis, quand le col est suffisamment ouvert pour y introduire deux doigts, nous y glissons le ballon de Champetier de Ribes monté sur sa pince. Nous avons, avant toute intervention sur l'utérus, fait de l'antisepsie des parties génitales externes et du vagin, au moyen d'une solution de bichlorure de mercure au 1/2000. Bien que la malade, je devrais dire la mourante ou l'agonisante, fût sous l'influence du chloroforme, bien qu'il y eût relâchement complet de tous les muscles, le col de l'utérus fut cependant très difficile à dilater. Il nous fallut au-delà de 2½ heures pour avoir une dilatation grande comme une pièce de 50 cents, avec un col toujours très épais.

Que se passait-il, d'un autre côté, chez la moribonde ? Je l'ai dit plus haut, nous étions quatre médecins, servis par quatre gardes-malades des plus habiles. Hé bien ! pas un seul des huit n'eut les bras croisés un seul instant ; tous huit nous étions à la tâche ; tous

huit nous avons travaillé avec désespoir, rageant contre la mort qui voulait à tout prix nous ravir une victime ; nous faisons flèche de tout bois. Ah ! c'est là que nous avons connu la supériorité des méthodes nouvelles sur les anciennes. Là nous avons éprouvé la trempe des armes de la science rajeunie toujours à la recherche d'un remède contre la mort sous quelque forme qu'elle se présente.

La patiente, les yeux éteints, la face couverte d'une sueur froide et visqueuse, le teint cadavérique, respirait à peine ; et son cœur, aux battements affaiblis et triplés de vitesse, n'avait plus la force de pousser l'onde sanguine jusqu'aux extrémités refroidies. La vie s'en allait et nous crûmes un moment que tout était fini. Comme dernière ressource, nous n'avions plus qu'à tenter, avec bien peu d'espoir de succès, une *injection intra-veineuse de sérum artificiel*. Le bras droit de la malade bien aseptisé fut comprimé circulairement comme pour la saignée ; la veine médiane céphalique fut disséquée, et, dans une ouverture qu'on y pratiqua fut introduite une canule en verre ajustée sur un long tube qui plongeait dans un récipient rempli de sérum artificiel (solution de chlorure de sodium, une cuillerée à thé de sel par chopine d'eau stérilisée). De cette manière nous introduisimes dans la veine trois pintes (120 onces) de sérum artificiel. Nous avons, ici, commis une faute, que je signale, pour la faire éviter à mes lecteurs. L'injection d'une quantité aussi considérable de liquide n'offrait aucun inconvénient, mais le danger fut dans la vitesse de l'injection qui se fit en moins de cinq minutes, en effet, comme je l'expliquerai dans un autre travail, il n'y a pas de dose toxique mais il y a une vitesse toxique, vitesse qui varie avec les sujets. Aussi, comme nous arrêtions l'écoulement du sérum, notre malade bailla par deux fois et tomba dans un état de mort apparente : plus de pouls, plus de battement de cœur, plus de respiration.

Aux tractions rythmées de la langue et aux injections hypodermiques d'éther, auxquelles nous eûmes recours, nous devons une seconde résurrection, car ce fut une véritable résurrection. Le cœur, en effet, avait cessé de battre faute de liquide à refouler ; on lui donne un aliment, il se reprend à fonctionner,—faiblement il est vrai puisqu'on ne sent pas le pouls à la radiale, mais on le perçoit dans l'aîne,—mais il joue tout de même. On surcharge trop rapidement ce cœur, il cesse de nouveau de répandre la vie, il y a mort apparente ; on fait des tractions rythmées de la langue, on pratique des injections d'éther, et voilà que la vie reparait.

Pendant toutes ces manipulations nous travaillons constamment à une dilatation suffisante à l'introduction d'une pince à faux-germe. Il est évident qu'autant de manœuvres n'auraient pu être opérées par un seul médecin ou même par deux, même avec l'aide de gardes-malades expérimentées. Un cas identique se serait-il présenté en clientèle privée que la patiente était vouée à une mort certaine faute d'aides suffisants et habiles, et faute d'instrumentation appropriée. C'est pourquoi, M. le Dr Dubé, qui s'y entend parfaitement en accouchement, a compris la nécessité de transporter cette patiente à la Maternité pour lui faire bénéficier des avantages de cette institution. Puisse son exemple être suivi par nos confrères qui se trouvent quelquefois aux prises seuls avec des cas extrêmement difficiles, tels que : placenta prævia, éclampsie, mauvaises présentations, bassins vicieux, etc., etc.

Quand nous eûmes une dilatation d'une pièce de 50 cents, nous enlevâmes le ballon de Champetier de Ribes et nous fîmes quatre ou cinq bonnes prises avec une pince à faux germe introduite dans l'utérus. Chaque fois l'instrument en sortait chargé de bons morceaux de la môle. Puis, délaissant la pince, et nous servant d'une des cuillers comme d'une curette, nous nettoyâmes en partie la cavité utérine. Une bonne injection intra-utérine d'eau très chaude au bichlorure entraîna les derniers débris. L'utérus était vide; le doigt, cependant, sentait à la face antéro-supérieure un petit endroit rugueux que nous n'insistâmes pas à curetter vu la minceur de la paroi utérine.

Pendant toute l'opération de la dilatation du col, du curettage et du lavage de l'utérus, la malade ne perdit pas une seule goutte de sang.

L'utérus vide, on fit quelques piqûres d'ergotine; on administra du brandy. La malade fut placée dans des draps chauds et entourée de bouteilles remplies d'eau bouillante. Elle fut sous la surveillance constante d'une garde-malade qui mérite les meilleures félicitations pour la manière habile, sage et désintéressée dont elle s'acquitta des soins antiseptiques post-opératoires. N'est-ce pas dû, en grande partie, à ses soins minutieux si la patiente a relevé si vite et si bien après tant d'accidents et d'incidents.

La température de la malade s'est élevée un peu jusqu'au troisième jour où elle monte à 100° F.; mais, il ne faut pas oublier que la patiente, à son arrivée à la Maternité, avait une température de 99½° F. Le quatrième jour la température est à 97° F.; puis elle varie entre ce chiffre et 98°. Le pouls, les trois premiers jours,

oscille entre 120 et 140. Il y avait une raison suffisante dans la faiblesse de la malade pour expliquer cette rapidité. A partir du quatrième jour, le pouls se maintient entre 94 et 100°.

Des injections vaginales à l'acide borique sont données trois fois par jour. Jamais il n'y a d'odeur aux lochies.

Les piqûres faites aux flancs pour les injections sous-cutanées furent douloureuses pendant quelques jours; cependant, il n'y eut aucune inflammation locale.

L'appétit fut excellent dès le second jour. La malade s'est alimentée abondamment de lait, de soupe aux huitres, et d'œufs. Elle prenait du bon brandy à doses élevées et répétées, en plus, toutes les heures, une cuillerée à soupe de la potion suivante :

R. Teinture de cannelle.....	2	drachmes
Extrait de quinquina.....	1	—
Sirop d'oranges.....	1	once
Vin rouge.....	} ââ	trois onces et 1 drachme
Cognac.....		

Rien de remarquable du côté de l'intestin, si ce n'est un peu de constipation combattue par des lavements de glycérine. Il n'en fut pas de même de la sécrétion urinaire. La garde-malade fut obligée de sonder la patiente jusqu'à cinq et six fois par jour; et, chaque fois, il y avait abondance d'urine qui fut albumineuse vers le troisième jour.

Il était vraiment merveilleux de voir cette patiente véritablement arrachée des bras de la mort, revenir à la vie d'une manière si prompte. Chaque jour, on voyait ses joues amaigries se remplir, ses lèvres se colorer, et ses yeux briller d'un feu nouveau. La plante longtemps privée de la lumière ne reverdit pas plus vite quand on l'expose aux rayons vivifiants du soleil printannier. Quand cette patiente partit de la maternité, trois semaines après y être entrée, elle avait engraisé d'une vingtaine de livres.

L'histoire de ce cas remarquable me suscite les réflexions suivantes :

Quel aurait été le sort de cette infortunée sans les injections sous-cutanées de sérum artificiel, sans les injections intra-veineuses du même liquide, sans les tractions rythmées de la langue et sans les injections hypodermiques d'éther; toutes choses qu'il n'est pas facile de pratiquer dans la clientèle privée. Pour combattre, il faut des armes; et le médecin n'a pas toujours sous la main tout l'arsenal d'instruments convenables à tous les cas. Malheureusement, j'en avais eu l'expérience la veille, quand, en passant je fus appelé ar-

près d'une parturiente. Je n'avais pas ma trousse et comme c'était dans une maison où l'on accouche beaucoup, je crus qu'on avait tout ce qui est nécessaire. Je terminai un accouchement laborieux avec application de forceps au détroit supérieur. La femme était œdématiée considérablement. Après la délivrance il y eut une inertie de l'utérus que rien ne put vaincre : la main introduite dans l'utérus une dizaine de fois et autant de fois retirée pleine de caillot. la compression intus et extra de l'organe gestateur, rien ne fit. Les injections intra-utérines d'eau très chaudes réussirent mieux mais il fallut un certain temps avant de me procurer la sonde ad hoc —il n'y en avait pas dans cette maternité.—Nouveau retard pour avoir la canule et l'appareil à l'injection sous-cutanée de sérum. Toujours est-il que mon accouchée est morte d'hémorragie. Et j'avais la rage dans l'âme de n'avoir rien sous la main pour la ranimer. Beaucoup d'autres médecins auraient été dans le même découragement que moi, excepté qu'eux, la plupart du temps, n'ont rien autre chose qu'une paire de forceps dans leur sac d'accouchement, tandis que moi qui ai, comme spécialiste, dans ma trousse, tout le nécessaire aux cas variés, je n'avais pas cette trousse.

Un autre de nous quatre avait, le lendemain, la même douleur que moi la veille. Appelé par un confrère auprès d'une femme prise d'hémorragie causée par un décollement du placenta, il avait le triste partage de la voir mourir exsangue.

Quel aurait été le sort de madame McS. sous le toit conjugal, n'ayant pour tout aide qu'un mari énervé et tout en larmes : pour gardes-malades que des sœurs, des amies ou des vieilles femmes bavardes, excitées, qui vous apportent une serviette quand vous leur demandez du savon, qui vous présentent un verre quand vous voulez de l'eau chaude.

Ce serait une bonne et grande chose s'il entraît dans nos mœurs professionnelles de faire en obstétrique comme on fait en chirurgie et en gynécologie. Un cas grave se présente-t-il en ces deux dernières spécialités qu'on le transporte à l'hôpital où on peut l'opérer tout à l'aise, avec sang froid, avec les aides voulus, à la portée du matériel nécessaire. Combien de femmes devraient ainsi la vie à leur médecin dévoué. Ce dernier ne serait-il pas heureux de partager la responsabilité sur plusieurs épaules dévouées.

Que les cas difficiles se présentent dans la clientèle riche ou pauvre, malgré tout l'argent, malgré tout le dévouement, la demeure privée n'est pas propice aux opérations obstétricales laborieuses. A-

t-on en pratique privée une excellente garde-malade, que peut-elle faire quand il en faut quatre ou cinq ?

J'ai pris la résolution de faire transporter mes malades à la maternité dans les occasions sérieuses et j'engage mes amis et confrères à faire de même, je crois qu'ils s'en trouveront bien.

**ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE—ACCOUCHEMENT FORCÉ—SAIGNÉE—
INJECTION INTRA-VEINEUSE DE SÉRUM ARTIFICIEL—
VERATRUM VIRIDE.**

S'il faut voir un miracle pour avoir la foi, je suis aujourd'hui presque convaincu et je puis faire une profession de foi. J'ai souvent répété que j'étais très enthousiaste de la saignée dans le traitement de l'éclampsie puerpérale, et que, par la saignée on sauvait souvent les malades éclamptiques quand toutes les autres méthodes de traitement avaient échoué. Dans ma thèse d'agrégation je l'ai fortement louée, tandis que, d'un autre côté, je parlais très peu d'un médicament qui est, depuis quelques années, hautement prôné surtout par les Américains. Je nommais le remède, j'en donnais les indications, les effets et je me contentais de dire : on l'a vanté, et l'on en dit encore du bien. Je croyais qu'il était suffisant de le mentionner. Je laissais mes confrères libres de l'employer. Pour moi, je n'y croyais pas parce que les Américains étaient à peu près les seuls à s'en servir et je redoutais leurs louanges. Aujourd'hui, je l'ai essayé dans un cas désespéré où tout avait échoué : j'en ai vu les effets merveilleux et j'y crois. Ce remède tant vanté dans l'éclampsie puerpérale, c'est le *Veratrum Viride*. Avant d'y croire aussi fermement que les Américains je veux en faire une série d'observations que je communiquerai très fidèlement à mes lecteurs.

OBSERVATION.—Odile a 22 ans et mesure $4\frac{1}{2}$ pieds, c'est-à-dire qu'elle n'est pas grande pour son âge. Aussi a-t-elle un bassin justo-minor : 22 centim. entre les épinos ; $23\frac{1}{2}$ entre les crêtes ; 17 antéro-postérieur externe et 11 promonto-sous-pubien.

La blonde Odile est née et a toujours demeuré à la campagne. Son père et un oncle paternel sont morts de maladie du cœur ; sa mère et une tante maternelle sont mortes de phtisie. Elle a toujours bien marché depuis l'âge de 16 mois, et a vu ses menstrues régulièrement depuis l'âge de 15 ans. Cette même année elle a eu les fièvres typhoïdes. A 20 ans, elle commence à souffrir de la vessie.

Depuis la miction est fréquente et l'urine peu abondante est chargée. La nuit, Odile est obligée de se lever cinq ou six fois. Au début de cette affection le ventre est devenu très enflé. Les médicaments qui lui ont été donnés ont fait disparaître ce dernier symptôme. Elle a souvent les yeux pochés. Toutes ses dents sont cariées; sa digestion est mauvaise; son teint est pâle, anémique; son cœur n'est pas sain, et elle est affligée d'un goître pas encore très prononcé.

Je vois Odile pour la première fois le 19 janvier 1898. Elle me dit avoir eu ses dernières règles le 1er août 1897. Au mois d'octobre suivant elle a vu un peu en rouge. Elle a senti les premiers mouvements actifs du fœtus au commencement de janvier et depuis ce temps elle souffre de vomissements. Le fond de l'utérus dépasse l'ombilic d'un travers de doigt. Le palper me donne une présentation du sommet; je ne puis toutefois diagnostiquer la position que par l'auscultation qui se fait à gauche. Je ne remarque ni œdème, ni varices. Les urines, dont la densité est de 1030, ne contiennent pas d'albumine.

1er Février, Odile fait une chute à bas de son lit.

2 Février, Odile sent des douleurs dans le flanc gauche, et les reins: repos au lit, pilules d'opium 1 gr. 3 f. p. j.

Odile se porte bien jusqu'au 12 avril, jour où elle commence à souffrir d'œdème aux pieds et aux jambes. Pas d'albumine.

9 Heures a. m., 20 avril.—Œdème considérable aux pieds, aux jambes et à la face; céphalalgie, mouches volantes, vertiges, vomissements fréquents. Les urines ont 5½ grammes d'albumine au litre.

Le régime lacté absolu est prescrit; et on administre à 9 h. a. m. une bonne dose de sel et sené.

9 Heures a. m., 21 avril.—Odile a eu 5 selles liquides depuis hier matin. Elle a bu beaucoup de lait. Les urines ont encore 5½ grammes d'albumine. On lui donne 1 once de crème de tartre dans un verre d'eau.

6 Heures p. m., 21 avril.—Odile a eu 7 selles liquides pendant le jour, et plusieurs vomissements verdâtres. Depuis 4 h. p. m., il y a amaurose complète.

Odile entend bien, et comprend bien. A la suite d'un violent frisson on l'entoure de bouteilles d'eau chaude. La température est de 98 3/5° F., le pouls 104.

7 Heures p. m. L'amaurose continue. On donne 15 grains de chloral et 30 grains de brom. pot. par la bouche.

8.20 Heures p. m., 1er accès d'éclampsie très violent.

8.40 Heures p. m., 2e accès moins fort parce que le chloroforme est administré : chloral et brom. pot. à 30 grains en lavement. Pouls 140.

9.40 Heures p. m., pouls 146.

10 Heures p. m., autre accès : 10.30 h. autre accès.

10.45 Heures, M. le Dr Lamarche, fils, met la patiente sous l'influence du chloroforme, pendant que M. le professeur Lamarche fait la dilatation forcée avec les dilatateurs métalliques, puis avec les doigts et la main. Pendant que M. le professeur travaille le col de l'utérus, j'exécute la version podalique par manœuvres externes. Le col dilaté, M. le Dr Lamarche saisit les pieds que je lui ai abaissés par la version, et il fait l'extraction du corps du fœtus. La manœuvre de Mauriceau ne réussissant pas parce que le col tend à se contracter, le forceps est appliqué sur la tête dernière. L'enfant meurt pendant l'extraction de la tête ; jusque-là on avait entendu parfaitement les battements de son cœur ralentis. On essaie inutilement, pour le ranimer, la respiration artificielle, procédé de Schultze, traction rythmée de la langue. L'enfant, un garçon, pèse 5 lbs. 10 onces. Le placenta pèse 12 onces et n'a qu'un petit infarctus blanc.

La délivrance se fait spontanément. L'urine extraite de la vessie aussitôt après la délivrance contient 18 grammes d'albumine au tube d'Esbach.

Minuit 15 minutes, nouvel accès très violent : chloral 60 grains et brom. pot. 30 grains en lavement qui est retenu.

3 Heures a. m., le 22 avril, nouvel accès très violent : chloral 15 grains, brom. pot. 30 grains.

5½ Heures a. m., autre accès moins violent. Température 99 2/5, pouls 140.

6 Heures a. m., autre accès qu'on remarque seulement par le mouvement des yeux.

7 Heures a. m., on observe la même chose.

La malade n'a pas recouvré connaissance depuis le premier accès. Elle est toujours dans le coma.

7½ Heures a. m., la veine médiane céphalique du bras gauche est disséquée. On y fait une saignée de 20 onces. Dans l'ouverture de la saignée on introduit ensuite une canule adaptée à l'appareil à injection de sérum artificiel. On fait une injection intra-veineuse de sérum artificiel de 50 onces. Le pouls qui avait diminué de vitesse pendant la saignée (100) devient plus fort et plus rapide pen-

dant cette injection. La pupille est plus sensible pendant la saignée que pendant l'injection.

8½ Heures a. m., nouvel accès beaucoup plus violent que les autres. La patiente reste en convulsion au-delà de 10 minutes—c'est la convulsion la plus longue et la plus forte que j'aie jamais vue. Les bras tordus sont d'une raideur qu'on ne peut vaincre. M. le docteur Hébert, praticien de Québec, un de mes amis qui se trouve de passage à Montréal et qui avait été présent une partie de la nuit avec nous aux différents accès, en est tout étonné. Pendant cette attaque, tout le corps, les membres et la figure sont devenus noirs. Il y a une selle diarrhéique.

9 Heures a. m., Autre accès un peu moins violent. Autre selle diarrhéique.

9.15 Heures a. m. Autre accès très violent. Autre selle diarrhéique.

9.30 Heures a. m., pouls 156. On place des bouteilles d'eau chaude autour de la malade. La sonde ramène de la vessie 10 onces d'urine brune avec 6 grammes d'albumine. L'injection intra-veineuse avait augmenté la sécrétion urinaire, et produit plus de selles liquides.

9.55 Heures a. m., pouls 168. J'avais, comme mes confrères, perdu tout espoir de guérir Odile. Les 3 derniers accès n'étaient pas venus m'encourager et faire renaître l'espérance. Je restais auprès d'elle par devoir, certain que tout était fini, si ce n'est les convulsions et le coma qui m'étaient plus douloureux que la mort. J'étais là parce qu'on ne doit pas abandonner son malade tant qu'il a un souffle de vie. Le coma était très profond.

Je voulus tenter un dernier effort et essayer ce précieux remède des Américains. Je fis dans le bras droit une injection hypodermique de 20 gouttes d'*Extrait fluide de Veratrum Viride*.

10.05 Heures a. m., la transpiration, qui avait commencé quelques minutes après avoir mis des bouteilles d'eau chaude autour de la malade, augmente beaucoup.

Voici l'effet aussi suivi que possible du *Veratrum Viride* sur le pouls :

22 Avril, à 9.55 heures a. m., je fais l'injection de *Veratrum*, le pouls 168.

10.10 Heures a. m., pouls 126.

10.15 " " " 116. Température 103° F.

10.20 " " " 120.

10.25 " " " 86.

10.35 Heures on passe la sonde : 1 once d'urine ; la malade, uriné dans ses linges.

10.40 h. a. m. pouls 72, transpiration diminuée.

10.50 — — — 64 11.25 h. a. m. pouls 60

11.00 — — — 74 11.30 — — — 56

11.03 — — — 66 température 101 $\frac{1}{4}$ °F.

11.05 — — — 72 11.40 — — — 52

11.10 — — — 64 11.45 — — — 52

11.15 — — — 62 11.55 — — — 58

11.20 — — — 68

La malade, qui a été jusqu'alors dans le coma et complètement insensible, fait maintenant quelques gestes et des grimaces quand on lui passe la sonde.—Pas d'urine.

22 Avril, midi, pouls 48.

12.15 h. p. m. pouls 46 1.30 h. p. m. pouls 60

12.25 — — — 58 1.45 — — — 60

12.30 — — — 56 1.55 — — — 60

12.40 — — — 55 2.00 — — — 64

12.50 — — — 52 2.10 — — — 67

1.00 — — — 54 2.20 — — — 60 Tempé-

1.20 — — — 60 rature 103° F., cathéter dans la

vessie : 2 onces d'urine foncée, $\frac{1}{2}$ gramme d'albumine. De 2.20 h. à 2.45 h. on parvient à faire avaler avec beaucoup de patience, goutte par goutte, 3 onces de lait. La malade est toujours dans un état de somnolence complète.

2.40 h. p. m. pouls 60 3.20 h. p. m. pouls 60

2.45 — — — 60 3.35 — — — 62

2.55 — — — 60 3.55 — — — 60

3.10 — — — 60 4.15 — — — 60 Tempé-

rature 103 $\frac{1}{2}$ ° F. La malade paraît s'éveiller quand on lui frappe les joues ou qu'on lui pince les bras. Elle se plaint alors.

4.30 h. et 5 h. p. m., boit 1 once de lait.

5.00 h. p. m. pouls 59 Inj. vag. d'une solution d'acide borique.

5.15 — — — 76 5.55 — — — 100

5.30 — — — 80 6.00 — — — 80 Elle

passé de l'urine dans ses linges.—Elle avale 1 once de lait.

6.05 Heures p. m. pouls 90, température 104. Nouvelle injection hypodermique d'*Extrait fluide de Veratrum Viride* (6 gouttes). La malade est toujours dans un état de somnolence d'où on la tire quelque peu en lui frappant la figure.

6.10 h. p. m. pouls 70 6.15 h. pouls 74. Elle avale bien 20 onces de lait donné dans un biberon.

6.25 h. p. m. pouls 90. Transpire un peu depuis l'injection de *Veratrum*.

6.40 h. p. m. pouls 79 7 h. p. m. pouls 72. Vomit un peu de liquide verdâtre et un petit morceau de lait caillé.

7.20 h. p. m. pouls 59 7.40 h. p. m. pouls 60 Boit facilement avec le biberon 4 onces de lait. A une selle liquide dans ses linges.

7.55 h. p. m. pouls 59.....8.15 h. p. m. pls 57, temp. 102°

8.20 — — — 558.45 — — — 60 Boit 10 onces

8.25 — — — 55 de lait.

9.00 h. p. m. pouls 60.....9.10 h. p. m. pouls 60

9.20 h. p. m. pouls 60—1 selle liquide dans ses linges.

9.40 — — — 62.....10.00 h. p. m. pouls 60

10.15 — — — 60—1 selle liquide.

10.45 — — — 62—Boit 10 onces de lait.

11.00 — — — 62.....11.15 h. p. m. pouls 80

11.45 — — — 98.....11.55 — — — 88

23 Avril, minuit 10 minutes, pouls 90, température 102°

La malade toujours somnolente s'agite un peu les jambes, l'œil est plus ou moins sensible au toucher. Elle avale 10 once de lait.

12.20 h. a. m. pouls 90—*Nouvelle injection hypodermique* de 10 gouttes d'Extrait fluide de *Veratrum Viride*.

12.25 h. a. m. pouls 90.....1.00 h. a. m. pouls 62. selle liquide dans ses linges.—Vomissement de petits morceaux de lait caillé.—Transpiration depuis l'injection hypodermique.

1.15 h. a. m. pouls 58.....1.30 h. a. m. pouls 60

1.40 — — — 56.....1.50 — — — 48

2.00 — — — 52.....2.15 — — — 60

2.30 — — — 58.....2.50 — — — 58

3.15 — — — 60—Lait 10 onces

3.40 — — — 56.....4.00 — — — 64—Température 102°.

4.40 h. a. m. pouls 64.....4.50 h. a. m. pouls 56 — Toujours somnolente, mais elle sent mieux quand on lui touche légèrement les joues.

5.00 h. a. m. pouls 54—La sonde ramène 2 onces d'urine contenant $\frac{1}{4}$ de gramme d'albumine.—La malade a uriné beaucoup dans ses linges.

5.15 h. a. m. pouls 58.....	5.30 h. a. m. pouls 58
5.45 — — — 56.....	6.00 — — — 52 — Lait 10 onces.
6.30 h. a. m. pouls 60.....	6.50 — — — 60 — Tem- pérature 101° F.
7.00 — — — 66.....	7.20 h. a. m. pouls 62.....
7.20 h. a. m. pouls 62.....	7.40 — — — 68
8.00 — — — 78.....	8.30 — — — 74 — Lait
8.50 — — — 72 — Tem- pérature 99 1/5°.	9.40 — — — 76 4 onces.
10.20 h. a. m. pouls 79 — Lait 4 onces.	
10.45 — — — 84.....	1.00 — — — 80
11.15 — — — 84.....	11.30 — — — 92
11.40 — — — 92.....	12.00 (midi le 28 avril) pouls 94
12.10 h. p. m. pouls 92.....	12.20 h. p. m. pouls 104
12.30 — — — 110 — Nouvelle <i>injection hypodermique</i> d'Extrait fluide de <i>Veratrum Viride</i> 10 gouttes.	

Quand on lui pince les bras, la malade se plaint, et dit : ça fait mal.

1.00 h. p. m. pouls 60 — Température 100 1/2.	
1.20 — — — 60 — Lait.	
1.30 — — — 49 — Vomissement. — Selle liquide jaunâtre dans les linges.	
1.55 — — — 48.....	2.00 h. p. m. pouls 49
2.10 — — — 44.....	2.15 — — — 50
2.20 — — — 50.....	2.35 — — — 60
2.45 — — — 50.....	2.55 — — — 61
3.00 — — — 60 — Pas de lochies depuis hier après-midi. Cataplasme sur le ventre.	
3.10 — — — 60	3.20 h. p. m. pouls 60
3.30 — — — 61 — Lait.	
3.45 — — — 61 — La malade perd un peu en rouge.	
4.00 — — — 80.....	4.15 h. p. m. pouls 84
4.20 — — — 64.....	4.30 — — — 66
4.40 — — — 68.....	4.50 — — — 72
5.20 — — — 66.....	5.30 — — — 78 — Lait
5.45 — — — 64.....	6.00 — — — 72
6.10 — — — 84 — Temp. 100	6.30 — — — 76
7.00 — — — 60.....	7.30 — — — 80 — Lait
8.15 — — — 72 — Temp. 100	8.30 — — — 76 — Lait

malade toujours somnolente, se réveille plus difficilement quand on la pince. Cependant elle bredouille quelques mots.

9.00 h. p. m. pouls 78.....9.30 h. p. m. pouls 80— Lait.
 10.00 — — — 80.....10.30 — — — 76
 11.00 — — — 76.....11.30 — — — 80
 11.55 — — — 76

24 Avril. Minuit trente minutes, pouls 80.

1.00 h. a. m. pouls 76.....1.15 h. a. m. pouls 80
 1.30 — — — 80.....2.00 — — — 80
 2.30 — — — 78.....3.45 — — — 76
 4.00 — — — 70.....4.30 — — — 80
 5.00 — — — 80.....5.30 — — — 80 — L'u-
 6.30 — — — 76 rine n'a que des traces d'albumine.
 7.35 h. a. m. pouls 80—L'intelligence revient.—Elle reconnaît
 les personnes,
 9.00 — — — 90—Lait.—Selle demi-dure.
 9.50 — — — 92—Température 99° F.
 1.00 h. p. m. pouls 118 3.30 h. p. m. pouls 120—Tempéra-
 ture 100 4/5.
 6.00 — — — 118—Selle demi-dure.
 6.40 — — — 120 8.30 h. p. m. pouls 110—Temp. 101
 10.00 — — — 100—Les seins sont gros, durs, sensibles; le
 lait coule.

25 Avril. Minuit, pouls 80.—Lait.

4.00 h. a. m. pouls 99—Lait.
 7.00 — — — 98
 7.20 — — — 92—Température 98° F.
 9.45 — — — 100—1 bonne dose de sel et sené. Plusieurs
 selles durant la journée.
 3.00 h. p. m. pouls 100—Température 98° F.
 8.20 — — — 100— — 100°.

Je remarque un œdème à la main gauche. La saignée a été faite ainsi que l'injection intra-veineuse au bras gauche, et la veine médiane céphalique a été ligaturée. Est-ce là la cause de l'œdème? La garde-malade me dit que cet œdème existe depuis le premier jour des suites de couches.

La malade a sa pleine connaissance. Elle voit parfaitement.

26 Avril. 8.20 h. a. m. pouls 99—Température 99° F.

6.20 h. p. m. — 100— — 99°

27 Avril, 9.00 h. a. m. — 100— — 99°.

Le bras droit où les injections hypodermiques de Veratrum ont été faites, est un peu rouge et dur.

8.00 h. p. m. pouls 100—Température 98½°

28 Avril, 8.00 h. a. m. — 100— — 97

8.00 h. p. m. — 110— — 98

Le pouls se maintient toujours entre 90 et 100 les jours suivants; mais la température est basse entre 97 et 98°. L'albumine a disparu des urines. Pendant toutes les suites de couches la garde-malade a donné trois injections par jour avec une solution saturée d'acide borique.

La malade demande à manger. Elle se sent bien. Le 8e jour des couches, la convalescente commence à manger de la viande. Elle se lève le 10e jour.

Dans cette observation, il faut noter l'effet du Veratrum Viride sur la peau: transpiration abondante quelques minutes après l'injection; sur l'estomac et l'intestin, les vomissements et les selles liquides; sur les reins, l'augmentation de la diurèse; sur la température, l'abaissement de celle-ci; sur le pouls, son ralentissement rapide et considérable.

Il ne serait pas hors de propos de rappeler brièvement les effets, les indications, et le mode d'administration du Veratrum Viride.

J'extraits quelques lignes de la thèse de M. Fanton d'Andon, parue en juillet 1897, (1).

“La propriété caractéristique qu'il (le Veratrum Viride) possède est celle de modifier les mouvements du cœur et le tonus vasculaire; il abaisse d'une manière remarquable le nombre et la force des battements cardiaques. Le pouls peut tomber à 50, 40 et même 35 pulsations par minute tandis que sa force décroît proportionnellement. D'après Linon, qui l'a mesurée au sphygmographe, la tension artérielle est élevée. Les hautes doses de Veratrum Viride amènent une dépression générale de tout l'organisme. L'action du cœur devient de plus en plus faible, le pouls presque imperceptible, les vomissements et les nausées redoublent d'intensité, la surface du corps est couverte d'une sueur froide, la température baisse.”

Un peu plus loin M. d'Andon cite un article du Dr Hurst, de l'“Atlantic Clinic,” du mois d'août 1896:

“Le veratrum viride est un modérateur nervin, un calmant musculaire, un excitant des glandes. Introduit dans l'organisme, il diminue la susceptibilité des nerfs sensitifs et modifie l'action de la moelle et des nerfs vaso-moteurs. En même temps, il dissipe le coma et rétablit les fonctions mentales.”

On peut se servir de la teinture ou de l'extrait fluide. L'extrait fluide est préféré.

(1) Etude sur l'emploi en Amérique du Veratrum Viride dans le traitement de l'Eclampsie puerpérale, par Fanton d'Andon.

“ Par rapport au mode d'administration, dit Jewet, (1) l'estomac de l'éclamptique n'est pas sûr pour l'absorption du médicament. La seule manière de mettre rapidement et sûrement la circulation sous l'influence du remède est la voie hypodermique. La dose moyenne est de 10 à 20 minimes de l'extrait fluide. La plus petite de ces doses, répétée à une demi-heure d'intervalle, suffira dans la plupart des cas généralement. Cependant, je préfère ordinairement mettre d'emblée la patiente sous l'influence du remède. Le pouls sert de guide pour le dosage. L'expérience semble avoir démontré que tant que la malade est sous une influence de veratrum suffisante pour maintenir les pulsations au-dessous de 60 par minute, jamais une convulsion n'apparaît. Le médicament prend en moyenne trente-huit minutes pour faire effet. Si le but n'est pas atteint après ce temps, on doit répéter l'injection à même dose, ou à dose plus petite. Dans la suite, et pour maintenir le pouls au même niveau, on fera, à de longs intervalles, des injections de 5 minimes.”

Je cite de nouveau M. Fanton d'Andon : “ Quand le pouls, dit-il, s'adoucit, cède et retombe à 48 pulsations et au-dessous, dans les cas graves, à 54 ou 56 dans les cas légers, il sera généralement prudent de suspendre le médicament et d'attendre le résultat.”

Le Dr Thad. A. Reamy (2) cite un cas où le pouls est descendu à 26, vers 7 h. p. m. quand il avait, pour combattre de violentes convulsions, administré en injection hypodermique, à 4.45 h. p. m., 15 gouttes de veratrum ; à 5.30 h., 15 autres gouttes ; à 6.15 h., 20 gouttes. Comme dans ce cas-ci le pouls était lent mais plein, il n'avait pas administré de stimulant, et sa malade avait recouvré la vie.

Je reviens à d'Andon : “ Les effets dit-il, du veratrum viride sur le cœur sont contrebalancés par les stimulants alcooliques, l'opium, et l'ammoniaque. En présence de symptômes toxiques graves, la malade doit être tenue rigoureusement couchée : on administrera par la bouche et le rectum des stimulants alcooliques, on fera sur tout le corps des applications chaudes. On administrera également l'ammoniaque par l'estomac ou en injections intra-veineuses ainsi que la morphine en injections hypodermiques, ($\frac{1}{4}$ gr.) si les nausées et les vomissements persistent. Avec l'alcool on prescrira les teintures d'opium à doses stimulantes.”

D'Andon ajoute : “ Dans tous les cas, il faut avoir comme règle

(1) *Note on the Treatment of Puerperal Eclampsia, by Charles Jewet A. M. M. D.*

(2) *The Treatment of Puerperal Eclampsia by Thad. A. Reamy.*

de conduite de tenir sa malade sous l'influence du veratrum au moins pendant 24 heures. L'on s'exposerait certainement à de fâcheuses surprises, si l'on supprimait le médicament au bout de 12 heures, à moins toutefois que le cas ne soit très léger, que de fortes doses n'aient été administrées au début ou que les effets du médicament ne soient très manifestes,"

ECLAMPSIE—VERATRUM VIRIDE.

OBSERVATION II.—J'étais à corriger les épreuves des deux observations ci-haut rapportées quand j'ai été appelé cette nuit pour un cas d'éclampsie.

Il est 2½ h. a. m., le 1er juin. Je vois la patiente pour la première fois. Elle est accouchée, me dit-on, vers 8½ h. p. m. le 31 mai.

C'est une primipare, fille-mère, âgée de 32 ans. Elle n'est dans la maison où elle accouche que depuis le matin. A son arrivée elle avait les jambes considérablement œdématisées. Elle était en travail, le col étant effacé, et ayant une dilatation d'une pièce de 25 cents. L'accouchement est assez facile, mais la délivrance est longue.

Tout va bien jusqu'au moment où l'on m'appelle, parce que la patiente a un premier accès d'éclampsie.

Examen : La patiente me dit qu'elle a été soignée il y a 2 ans pour une maladie des reins. Elle a été dans le temps 3 mois au régime lacté.

Elle souffre beaucoup à la tête et aux reins, ses jambes sont enflées. Elle n'a pas uriné depuis son accouchement. Le pouls plein à 102 pulsations. La face est rouge, congestionnée. La malade se fait mettre des compresses froides sur la tête. J'administre 30 grains de chloral et 40 grains de bromure de potassium par la bouche. Aussitôt la malade se plaint de sa tête et tombe dans un 2e accès d'éclampsie très violent. Je lui tiens les mâchoires bien fermées pour l'empêcher de se mordre la langue. Il est 2¾ h. a. m.

A 3 heures a. m., j'injecte dans le bras droit bien lavé 12 gouttes d'extrait fluide de Veratrum Viride. Le pouls 102, la température axillaire 98 2/5°. Je pratique le cathétérisme : 6 onces d'urine avec 4 grammes d'albumine au tube d'Esbach.

3¼ Heures a. m., le pouls est descendu à 70 et à 3 2/5 h. à 62. Des vomissements apparaissent : 6 onces d'un liquide clair, probablement la solution de chloral ingérée quelque temps avant. La peau devient moite. 3.35 H. a. m., les vomissements sont incessants; le pouls mcu 66°. La céphalalgie a disparu, mais les douleurs lombaires sont très fortes. 3.45 H. a. m., température 97°, pouls 58; peau

vide. 3.55 H., pouls 50. Les efforts de vomissements continuent sans interruption jusqu'à 4.20 h. a. m. Repos de 5 minutes. 4.25 et 4.30 a. m., vomissements bilieux. La malade repose par intervalles, le pouls se maintient à 50 jusqu'à 5 h. a. m., puis s'élève graduellement jusqu'à 60, variant ensuite entre 58 et 62 jusqu'à 10 h. a. m., alors que je revois la patiente.

A 6 h. a. m., on lui a donné une forte dose de sel et séné qui amène plusieurs selles dans le courant de la journée.

3 H. p. m., le pouls a oscillé depuis 10 h. a. m. entre 60 et 64, la température est à 99°. La malade se sent bien, repose souvent. L'œdème aux jambes a presque disparu. Plus de céphalalgie, ni de douleurs aux reins.

8 H. p. m., la malade est bien. Son pouls varie de 60 à 70.

N. B. Dans cette observation, le *Veratrum Viride* a agi activement sur l'estomac, en même temps que sur la circulation. A remarquer les vomissements prolongés, d'abord liquides et clairs, puis bilieux, qui débute 25 minutes après l'injection hypodermique de *Veratrum* et durent au-delà d'une heure.

Montréal, 326 Lagauchetière, 1er juin 1898.

A PROPOS DE LA "CLINIQUE."

En répondant à M. le Dr Bresseau, qui nous citait la "Clinique" comme un exemple, nous avons le mois dernier affirmé que M. Victor Rougier est le propriétaire de ce journal. Ceci n'est pas tout à fait exact, et nous tenons à rectifier la chose. Il est vrai que M. Rougier a des intérêts pécuniaires considérables à la "Clinique," dont il a affirmé les annonces et dont il supporte seul les dépenses, mais M. le Dr de Martigny a l'entier contrôle de la rédaction et de plus conserve le titre de propriétaire. Nous prions nos lecteurs de vouloir bien prendre note de cette rectification.

LA QUALIFICATION DES MÉDECINS.

Nous rappelons à nos lecteurs que pour avoir droit de voter à la prochaine élection du Collège des Médecins, il faut avoir payé ses deux dollars de contribution annuelle jusqu'au 1er juillet 1898.

LA NOUVELLE PHARMACOPEE BRITANNIQUE,

1898

PAR

E. P. BENOIT, M. D.,

et

ARTHUR DÉCARY.

*Chef de clinique à l'Hôpital Notre-Dame. |**Licencié en pharmacie.*

La pharmacopée, le livre qui sert de guide au pharmacien dans la préparation des remèdes officinaux, qui lui en indique le composé, les diverses manipulations, le dosage, intéresse aussi au plus haut point le médecin praticien, puisqu'il doit, dans ses prescriptions, non seulement en suivre les règles, mais encore en subir les usages et les formules. Il n'est donc pas hors de propos de parler un peu de la nouvelle pharmacopée britannique, dont une nouvelle édition, tout récemment sortie de presse, contient des changements bien plus considérables que ceux de 1885. Quatre-vingts médicaments nouveaux auront maintenant droit au B. P. ; cent quatre-vingt neuf ont été rayés de la liste, et parmi les médicaments anciens qui demeurent une centaine au moins sont modifiés soit dans leur composition, soit dans leur force. Ces modifications, quelques unes du moins, sont donc importantes à noter, ne serait-ce que pour faciliter la bonne entente qui doit exister entre le médecin qui prescrit et le pharmacien qui exécute la prescription.

Ce travail de révision de la pharmacopée britannique a exigé de la part du comité nommé par le Conseil Général de Médecine un travail opiniâtre et difficile, mené à bon terme avec le concours d'un comité nommé par la Société Pharmaceutique, et de spécialistes distingués en chimie, en botanique et en thérapeutique. Notons en passant que le président du comité général, sir Richard Quain, vient de mourir d'un cancer du rectum, ce qui ne l'a pas empêché de présider jusqu'au dernier moment avec la régularité la plus absolue les séances du comité, comme le remarque avec éloge le Dr Adams dans le *Montreal Medical Journal* du mois d'avril.

Le comité s'est efforcé d'abord de retrancher les médicaments peu employés, les préparations superflues, les substances médicamenteuses que l'on trouve dans le commerce. Par contre, il a apporté une attention toute particulière à la provenance des médicaments, à

leurs divers modes de préparation, leur dosage, leur mesure, les diverses épreuves pour en reconnaître la pureté. Enfin, par l'entremise de la Société Pharmaceutique et de l'Association Médicale Britannique, il a consulté un très grand nombre de médecins afin de connaître les médicaments les plus employés. Il est résulté de tout ce travail une nouvelle édition de la Pharmacopée qui, si elle n'est pas parfaite, est certainement plus complète, plus au point que les précédentes.

MÉDICAMENTS DEVENUS OFFICINAUX (B. P.).

Certaines additions n'ont été faites, c'est évident, que pour faciliter la tâche du pharmacien et lui rendre plus facile la préparation des médicaments. C'est ainsi que l'on a placé sur la liste un certain nombre de *liqueurs concentrées*, telles que les liqueurs concentrées de quassia, de rhubarbe, de senega, de senné, qui serviront à faire des solutions magistrales ayant toutes les qualités d'une décoction ou d'une infusion fraîche. De même certains *extraits liquides*, tels que ceux de jaborandi, de noix vomique, d'ipéca, de belladone, seront très utiles pour la préparation rapide et exacte des extraits alcooliques, des teintures, des vins, des liniments ou des emplâtres contenant ces mêmes médicaments. Mais il est évident que le praticien ne prescrira à son malade qu'avec précaution de l'extrait liquide de noix vomique, qui renferme $1\frac{1}{2}$ grain de strychnine par 110 gouttes, ou qu'il réservera la liqueur concentrée de rhubarbe pour les cas spéciaux.

Par contre, sachant que certains remèdes, qui faisaient déjà partie de sa pratique courante, ont reçu la sanction officielle, le médecin prescrira sans remords le salicylate de bismuth, la cocaine, le bromhydrate d'hyoscine, le sulfate d'hyoscyamine, le naphthol, le sulfate de physostygmine, le salol (qui est, entre parenthèse, un médicament protégé par une marque de commerce) et le térébène. La liqueur thyroïdienne et la poudre de glande thyroïde, premier envahissement de la thérapeutique animale, ont maintenant droit de cité à l'officine; cela rappellera, de loin, de très loin, les merveilleuses poudres de nos pères, où les tissus séchés des crapauds, des vipères et des chauve-souris se mélangeaient harmonieusement pour le plus grand bien de l'humanité souffrante. Signalons deux sels nouveaux, le chlorhydrate acide de quinine et le phosphate de codéme, dont les propriétés dissolvantes en faciliteraient de beaucoup l'emploi: le phosphate de codéine, peu soluble dans l'alcool, se dissout dans 4 parties d'eau. C'est à cause aussi de sa facilité de dissolution que le

tartrate de morphine est substitué à l'acétate dans la préparation de la liqueur de morphine pour les injections hypodermiques : soluble dans 11 parties d'eau, le tartrate de morphine est en outre plus stable que l'acétate, et se précipite moins facilement. Cette nouvelle solution, plus diluée, donnant des doses plus faibles, éloignant le danger des doses trop fortes, serait d'un maniement plus facile. Nous ne croyons pas qu'elle remplace jamais l'usage si commode des tablettes hypodermiques, dosées d'avance, facilement solubles et d'un transport aisé.

Par contre, la profession recevra avec plaisir le *Glycerinum Acidi Borici*, dont la formule est la même que celle de la pharmacopée des Etats-Unis, et surtout le *Glycérinum Pepsini*, dont chaque drachme fluide contient 5 grains de pepsine. La pilule de sulfate de quinine d'un usage si populaire méritait aussi de devenir officinale : triturée avec de la glycérine et de la poudre de tragacathe, elle contiendra un grain de sulfate de quinine.

Parmi les sirops, signalons comme nouveaux arrivés, le sirop de lactophosphate de chaux, dont la formule est la même qu'aux Etats-Unis, le sirop de prunes de Virginie, si apprécié de nos voisins comme stimulant pulmonaire à cause de l'acide cyanhydrique qu'il contient, et enfin le *Syrupus Ferri Phosphatis cum Quinina et Strychnina*, qui est tout simplement un sirop d'Easton officiel, dont chaque drachme fluide contiendra : 1 grain de phosphate de fer anhydre, 5 grains de quinine et 1/32 grain de strychnine.

SUBSTANCES DISPARUES DE LA PHARMACOPÉE.

Les inhalations, les lavements, les cataplasmes ne sont plus officinaux. Il en est de même des infusions et des décoctions, que l'on préparera avec les solutions concentrées de feuilles ou de racines, qui conserveront mieux sous cette forme leurs principes actifs. Disparues aussi les confections d'opium, de scamonnée, de térébenthine, fort peu prescrites d'ailleurs, et la confection de roses, souvent employée dans la fabrication des pilules. Des deux solutions d'acétate d'ammoniaque, la solution faible seule demeure ; la solution forte est retranchée. Aucun suppositoire ne sera fait avec du savon, mais tous auront pour base l'huile de théobromine. Tous ces changements, en somme, sont peu importants : si l'on a supprimé certaines préparations, le médicament demeure sous une autre forme.

Mais que vont dire messieurs les pharmaciens de la suppression de l'alcool dilué à 65 (*proof spirit*), dont l'emploi est à peu près général.

C'est toute une révolution dans la préparation des teintures. Il leur faudra employer ou bien l'alcool à 90, ou bien l'alcool dilué, soit à 70, soit à 60, soit à 45, soit à 20, les quatre seules forces reconnues par la nouvelle B. P., et modifier en conséquence l'alcool du commerce. C'est un changement radical, rendu nécessaire par les modifications que l'on a apportées à la fabrication des teintures, de manière à assurer l'uniformité des doses. Cette uniformité est tellement désirable, elle facilitera à un si grand point la thérapeutique courante, qu'elle valait bien ce sacrifice.

UNIFORMITÉ DES DOSES.

Le comité paraît s'être préoccupé vivement de rendre plus facile la pratique de la médecine, au point de vue spécial de la dose des médicaments. Non seulement les teintures, mais la plupart des préparations pharmaceutiques ont été modifiées de manière à simplifier, à rendre plus uniforme le dosage. Suivant la force des médicaments divers, on a varié la quantité proportionnelle dans les différentes préparations liquides, de manière qu'une même quantité déterminée représentât toujours la dose habituelle.

Aussi, a-t-on apporté un soin minutieux au pourcentage du principe actif, que l'on calcule pour 100 centimètres cubes ou 110 minimes. Ainsi, pour 110 minimes, la teinture de quinine contient 1 grain d'alcaloïdes, la teinture de noix vomique $\frac{1}{2}$ grain de strychnine, et la teinture d'opium $\frac{7}{8}$ grain de morphine, ce qui donne 1 grain d'opium par 15 gouttes. La teinture de belladonne renferme, par 110 minimes, $\frac{1}{20}$ de grain d'atropine.

Ces modifications dans la force des teintures, dont la proportion du principe actif a été augmentée suivant le cas, a permis de les grouper, quant à la dose, en deux classes. Celles qui sont très actives, telles que les teintures d'aconit, de belladonne, de cannabis indica, de chloroforme et morphine composée (chlorodyne), de digitale, de noix vomique, etc., se donnent à dose de 5 à 15 gouttes. Les teintures moins actives, telles que les teintures d'aloès, d'asafoëtida, de camphre composée ($\frac{1}{4}$ grain d'opium à la drachme fluide), d'ergot ammoniacale (la teinture d'ergot simple n'est plus officinale), de valériane, etc., se donnent à doses de $\frac{1}{2}$ à 1 drachme fluide. Seule, la teinture d'iode n'est classée dans aucun des deux groupes : la dose est de 2 à 5 gouttes.

Dans certains cas, la pharmacopée indique deux doses ; l'une, plus forte, lorsqu'elle est unique ; l'autre moins forte, lorsque le médicament doit être répété. Exemple : les teintures d'aconit et de

cantharides, dont on donnera 2 à 5 gouttes, quand la dose doit être répétée souvent.

Toutes les mixtures (créosote, craie, fer composée, gaiacum,) se prescriront à dose de $\frac{1}{2}$ à 1 once fluide, sauf certaines mixtures purgatives (huile de ricin, senné composée) et la mixture d'eau-de-vie, dont la dose est de $\frac{1}{2}$ à 2 onces.

La dose de la plupart des sirops est $\frac{1}{2}$ à 1 drachme fluide. Font exception les sirops de cascara aromatique, de chloral, de codéine, de rhubarbe, de senné, dont la dose est $\frac{1}{2}$ à 2 drachmes fluides.

Les préparations solides ont aussi bénéficié, quoiqu'un peu moins, de la simplification des doses. Les pilules sont de 4 à 8 grains, à part cinq exceptions :

Pilules de fer,	5 à 15 grains
Pilules de phosphore.....	1 à 2 —
Pilules de plomb avec opium.....	2 à 4 —
Pilules de sulfate de quinine	2 à 8 —
Pilules de savon composée.....	2 à 4 —

Les extraits se donneront à doses de $\frac{1}{4}$ à 1 grain, et 2 à 8 grains.

On avait cru que le comité adopterait, pour les mesures et doses de la nouvelle pharmacopée, le système métrique. Les membres du Conseil Médical ont pensé évidemment que le changement serait trop radical, et se sont contentés d'ajouter, dans chaque formule, aux diverses mesures impériales, l'alternatif en mesures métriques. Ainsi la formule de la teinture d'opium ammoniacale, par exemple, se lit comme suit :

Teinture d'opium.....	3 onces fluides (150 c.c.)
Acide benzoïque.....	180 grains (20.6 grammes)
Huile d'anis.....	1 drachme fl. (6.25 c. c.)
Solution d'ammoniaque.....	4 onces fl. (200 c. c.)
Alcool.....	Quantité suffisante.

“ Faites dissoudre l'huile d'anis et l'acide benzoïque dans 12 onces fluides (ou 600 centimètres cubes) de l'alcool ; ajoutez la teinture d'opium et la solution d'ammoniaque ; mélangez bien ; filtrez ; ajoutez suffisamment d'alcool pour faire une pinte (ou 1000 centimètres cubes) de la teinture. ”

Comme le fait remarquer le *Druggist's Circular* (mai 1898), il ne faut pas croire que ces formules sont absolument équivalentes. Ce sont deux formules distinctes mises côte à côte et donnant une quan-

tité variable de la préparation : une pinte dans un cas, et dans l'autre 1000 centimètres cubes.

C'est dans tous les cas un grand pas de fait vers l'adoption du système métrique, et nul doute que l'on y arrivera peu à peu, comme aux Etats-Unis.

MODIFICATIONS DANS LES MÉDICAMENTS.

Ces modifications portent tantôt sur la composition des remèdes officinaux, tantôt sur leur force.

C'est ainsi qu'on emploiera, pour certain nombre de pilules (pilules d'aloès et de fer, de rhubarbe composées, etc.), à la place de la glycérine ou de la confection de roses, le sirop de glucose, dans le but de rendre la conservation de ces pilules plus sûre, et leur solubilité plus grande.

Nous avons déjà parlé, à propos des injections hypodermiques, de l'emploi du tartrate de morphine, plus stable, plus soluble. Pour l'apomorphine et l'ergotine, on a remplacé l'eau camphrée par l'eau distillée, et l'on ajoute à l'ergot une petite quantité de phénol.

L'extrait d'ergot, l'extrait de noix vomique, la mixture d'huile de ricin, la mixture de senné ont été modifiés légèrement.

Dans la préparation de la solution de sulfate d'atropine, employée surtout par les oculistes, on a remplacé l'eau camphrée par l'eau distillée, et l'on a ajouté une certaine proportion d'acide salicylique.

Pour ce qui regarde les modifications dans la force des préparations, et par conséquent le dosage, nous avons déjà parlé des teintures. Signalons quelques autres préparations importantes.

L'extrait alcoolique de belladone, dilué avec du sucre de lait, ne contient plus que $\frac{1}{3}$ de la quantité habituelle d'alcaloïde.

L'extrait de noix vomique est de même diminué d'un tiers. Ces changements ont été faits pour uniformiser les doses.

La plupart des essences (cinnamome, cajéput, menthe, etc) contiennent cinq fois plus d'huile volatile qu'auparavant, et la dose devra être diminuée en conséquence : au lieu de donner $\frac{1}{2}$ à 1 drachme fluide, on prescrira 5 à 20 gouttes. Voilà un changement bon à fixer dans sa mémoire.

Nous laissons de côté nombre d'autres modifications moins intéressantes pour le médecin. Ces quelques notes suffiront, nous osons l'espérer, pour attirer l'attention des médecins praticiens sur le fait qu'une nouvelle édition de la Pharmacopée Britannique vient d'être publiée, et qu'elle renferme des modifications importantes qui inté-

ressent, tout d'abord, le pharmacien, mais qui ne sauraient laisser le médecin indifférent, si celui-ci tient à se rendre compte de la composition et de la force d'action des armes qu'il emploie pour combattre les maladies. Nous espérons que les pharmaciens ne prendront pas le public médical par surprise, et qu'ils feront connaître d'avance la date à laquelle ils mettront en usage la nouvelle pharmacopée dans l'exécution des prescriptions magistrales. D'ailleurs, la question sera certainement mise à l'ordre du jour lors de la réunion à Québec, le 16 juin, de l'Association Pharmaceutique de la Province de Québec. L'Association Médicale Canadienne s'en occupera probablement aussi. Nul doute que la date ne soit fixée par entente mutuelle entre les associations.

Le *Montreal Pharmaceutical Journal* nous annonce que la nouvelle B. P. coûtera, à Montréal, la somme de \$3.00.

L. GALLIARD.—Les actualités médicales : La Grippe, par L. GALLIARD, médecin de l'Hôpital Saint-Antoine, 1898, 1 vol. in-16 carré, 100 pages, 7 figures, cart..... 1 fr. 50
Librairie J. B. Baillièrre et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.

Ce volume est le premier d'une nouvelle collection : " Les Actualité's médicales " ; à côté des livres classiques, des traités didactiques qui ne peuvent enregistrer tous les faits nouveaux (découvertes bactériologiques, traitements), il y avait place pour une collection de monographies destinées à exposer les idées nouvelles ; ces monographies complètent les traités de médecine, de pathologie générale, de bactériologie, de thérapeutique, de chirurgie.

Dans de petits volumes, d'un format portatif, d'un prix modique, élégamment cartonnés, le public médical trouvera résumées toutes les questions nouvelles, dès qu'elles seront à l'ordre du jour.

C'est heureusement commencer cette collection que de débiter par le volume que M. Galliard a écrit sur la Grippe.

Laissant de côté la forme didactique, M. Galliard fait une histoire de la grippe, à la fois très documentée et facile à lire ; bien entendu tous les faits nouveaux concernant cette maladie y sont notés.

Voici d'ailleurs les principaux chapitres : Une épidémie.—Le microbe.—Les symptômes.—Les modalités cliniques.—Les complications.—Le traitement.—La prophylaxie.

En résumé, voilà une heureuse idée, voilà une lacune comblée ; cette collection sera indispensable à tous ceux qui ont à cœur d'être toujours au courant des progrès des sciences médicales. Nous pouvons bien augurer de la collection, en voyant que parmi les volumes en préparation on annonce : *La grippe*, par L. Galliard ; *le Diabète*, par Lépine ; *La Diphtérie*, par Barbier ; *les Albuminuries curables*, par Teissier ; *Le Goître exophthalmique*, par Jaboulay ; *les Suppurations aseptiques*, par Josué.

RÉSECTION DU GRAND ÉPIPLOON DANS UN CAS DE CURE RADICALE D'UNE HERNIE OMBILICALE.

A. CHARBONNEAU, M. D.

Au mois de Février dernier, je voyais en consultation avec mon confrère le Dr A. A. de Grandpré, de Péru, N. Y., madame S. T..., qui était affligée d'une énorme hernie ombilicale, ayant la forme et la grosseur d'une tête de chou de quatre à cinq livres. Cette tumeur herniaire, nous dit notre malade, origina à la suite d'un accouchement gémellaire laborieux, il y a neuf ans passés. Dans le début elle porta un bandage herniaire ; mais étant de la classe pauvre et ayant à travailler, peiner et suer pour élever une nombreuse famille, elle ne put bénéficier de ce bandage. Sa hernie continua d'augmenter, et d'incoercible qu'elle était d'abord, elle devint bientôt irréductible.

Au palper il était facile de reconnaître dans le sac herniaire la présence de l'épiploon et d'une anse intestinale. Nous pouvions aussi délimiter l'anneau qui, à travers cette masse charnue, paraissait être de la dimension d'une pièce de vingt centins. Il y a deux ans, notre malade avait consulté un chirurgien de renom qui refusa de l'opérer, alléguant qu'elle était trop obèse, qu'elle avait les parois de l'abdomen trop relâchées, qu'enfin il ne voyait pas qu'elle put bénéficier d'une opération ; sans compter qu'elle n'avait guère chance de supporter semblable opération. Nonobstant ce sombre pronostic, le Dr de Grandpré et moi nous tombâmes d'accord sur l'opportunité d'une intervention armée immédiate.

Quelles furent donc les raisons qui nous déterminèrent à conseiller l'opération. D'abord cette malade, malgré une apparence de santé réelle, était clouée au lit et ne pouvait plus aider au soutien de sa famille. Maintenant, l'étranglement de l'anneau ombilical était une source de dangers permanents, l'intestin pouvant s'étrangler d'un moment à l'autre et nécessiter une opération d'urgence avec beaucoup moins de chance de succès. Ainsi donc cette malade réunissait toutes les indications opératoires résumées par le Dr Jules Boeckel, de Strasbourg, dans l'*Annuaire of Medical Sciences* (1897). La hernie ombilicale des adultes, dit-il, qui expose la malade à de graves complications, devrait être traitée par la Cure Radicale 1° quand elle est irréductible, soit à cause de strangulation ou d'adhérences,

2° quand elle est incoercible quoique réductible et par conséquent montre une tendance à s'accroître et 3° quand elle est douloureuse.

Le 24 février, avec le consentement de notre malade et de sa famille, j'opérais donc cette invalide, ayant le Dr deGrandpré comme assistant et le Dr Kingsley comme chloroformisateur. La technique opératoire n'offrit rien de particulier jusqu'à l'ouverture du sac; mais ici se présenta quelques difficultés. Le grand épiploon était hernié en totalité et adhérait intimement au sac. Une anse intestinale était aussi présente et adhérait sur une assez grande étendue; je l'attaquai la première et je pus assez facilement la décoller de ses adhérences et la repousser dans l'abdomen. Introduisant alors l'index droit dans l'abdomen, j'explorai le pourtour de l'anneau. Je rencontrai à gauche et en bas une anse intestinale adhérait très intimement à la paroi interne; en haut à environ trois centimètres de l'anneau mon doigt rencontra l'estomac et à droite il glissa dans un repli de l'épiploon. Poussant alors le doigt plus loin j'essayai de circoncrire les adhérences de l'épiploon: mais je ne pus y réussir. Il me vint alors à l'idée d'ouvrir en haut de l'ombilic et de tomber ainsi sur ces adhérences de haut en bas; mais j'y renonçai jugeant que c'était aller au-devant de nouvelles difficultés peut-être très dangereuses pour ma malade et détruire inutilement le rempart que la nature avait si bien commencé au pourtour de l'anneau. L'épiploon, comme je l'ai déjà dit, adhérait intimement au sac et très rétréci au niveau de l'anneau se trouvait à former une tumeur très bien pédiculisée; alors passant un gros tendon de kangarou à travers ce pédicule, je ligaturai la moitié d'abord; puis, croisant mes deux chefs de fil autour du pédicule, je ligaturai en masse. J'incisai à petits coups de ciseau le sac tout autour à environ deux centimètres de ma ligature; puis redoutant une hémorrhagie de ce gros moignon vasculaire, j'appliquai une seconde ligature au niveau de l'incision du sac et deux coups de ciseaux achevèrent de détacher l'épiploon. Le moignon s'affaissa dans l'abdomen au-dessous des aponévroses de l'anneau et des muscles droits. Je passai alors deux fils de kangarou dans l'épaisseur des muscles droits et fermai ainsi l'anneau. Je terminai l'opération par une résection assez étendue de peau et suture au catgut. Je mis toutefois une mèche de gaze iodofomé en contact avec l'anneau; car j'appréhendais un peu de suppuration. La malade se remit très bien du choc opératoire. La première semaine, la température oscilla entre la normale et 101°. Le Dr deGrandpré leva le pansement la sixième journée après l'opération, la plaie était réunie en partie; mais en retirant le drain

il s'écoula une assez grande quantité de sérosité et de pus mal lié. La plaie fut bien détergée au bichlorure et au peroxyde d'hydrogène. Ce pansement fut renouvelé tous les jours. La dixième journée il s'échappa deux morceaux gros comme des fèves de matière gangrénée que je pensai être des morceaux de l'épiploon enserré dans mes ligatures. La plaie ensuite se ferma très rapidement et cessa de suppurer la quinzième journée. Notre malade fit donc une convalescence non interrompue. Aujourd'hui, trois mois après l'opération notre malade a repris ses occupations de blanchisseuse et jouit encore de la vie sans souffrance comme sans anxiété.

Keeseville, N. Y. 5 mai 1898.

Traitement de l'ongle incarné par le nitrate de plomb.—Le Dr TARDIF, de Longué, préconise dans l'*Anjou Médical* le mode suivant de traitement de l'ongle incarné, qui donne de tels succès que le Dr MONT-PROFIT l'a adopté et a abandonné l'intervention chirurgicale pour guérir cette infirmité.

Voici la technique recommandée par le Dr Tardif :

1° Avec une spatule très plate ou un vulgaire bout d'allumette, glissez entre l'ongle et le bourrelet longueux, jusqu'à ce que vous soyez sûr d'avoir atteint la gouttière péri-unguéal, une mince couche d'ouate suffisamment longue pour que son autre partie libre se trouve recouvrir toute la partie saine de l'ongle ;

2° Préparez une petite mèche d'ouate que vous roulez entre les doigts et placez-la longitudinalement, c'est-à-dire parallèlement à la gouttière unguéal, à la limite où vous jugez les chairs saines ;

3° Dans l'espèce de rainure ainsi formée et où vous n'apercevez que le bourrelet sanieux, mettez le nitrate de plomb régulièrement tassé, rabattez l'ouate qui recouvre l'ongle sur la mèche ci-dessus ajoutez encore un peu d'ouate et placez une bande de gaze mouillée.

Le lendemain, enlevez ce pansement. Au lieu de chairs sanieuses et suppurantes, vous êtes le plus souvent tout surpris de trouver des tissus rosés et de bon aspect. Remplacez un pansement comme ci-dessus, et ainsi de suite jusqu'à ce que toutes les parties sanieuses soient supprimées, c'est-à-dire jusqu'à ce que vous puissiez nettement voir le bord incarné de l'ongle. Trois ou quatre pansements sont généralement suffisants.

Changez alors de tactique. Patiemment, en une ou deux séances, relevez ce bord avec un peu d'ouate que vous glissez dessous, cessez l'emploi du nitrate de plomb, à moins que vous ne jugiez, par hasard, les chairs encore insuffisamment détruites, faites un pansement sec, dites au malade de continuer ainsi, et c'est tout. L'ongle croîtra par-dessus les chairs qui, loin d'être molles, sont maintenant comme tannées et parcheminées : il aura repris son chemin normal, votre malade sera guéri.

Il n'y a pas un ongle incarné vulgaire dont on ne vienne pas à bout avec ce traitement patiemment suivi. S'il se reproduit (c'est assez rare), on recommence le traitement dès le début, et le patient ne s'aperçoit pour ainsi dire pas de son ennui.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE.

ÉTUDE SUR L'HYDRASTIS CANADENSIS ET SON ACTION CURATIVE

- 1° Dans les hémorragies hémorroïdales, dysentériques, tuberculeuses;
2° Dans les varices.

Par M. le Dr N. MARINI, (de Bagdad).

Je rappelle aux lecteurs de ce journal que j'ai publié l'année dernière dans son No 33, 1897, une nouvelle étude roulant sur le bleu de méthylène dans laquelle j'ai soutenu expérimentalement, ayant à l'appui bon nombre d'observations concluantes, la merveilleuse propriété dont il est doté : *Quoiqu'il soit presque totalement rejeté sur le champ, il s'agit par le peu qui en reste sur le chemin parcouru pendant les vomissements*; chose fort étonnante et qu'on ne retrouve dans aucun autre produit.

Je viens aujourd'hui entretenir les lecteurs d'un autre sujet non moins important que le précédent. Je crois pouvoir rendre un petit service à mes confrères restés désarmés contre les hémorragies hémorroïdales et les hémorroïdes elles-mêmes.

Bagdad doit représenter sur la carte médicale un foyer d'hémorroïdaires et de hernieux. Car ces deux classes d'infirmes y sont en nombre extraordinaire; et l'hémorragie ici et même partout constitue relativement la complication la plus fréquente des hémorroïdes. *La vie sédentaire, le régime sec trop animalisé et surtout l'alcoolisme*, agents assez actifs de constipation opiniâtre, exposeraient à cette terrible complication beaucoup plus qu'à aucune autre.

Tout médecin habitant cette région (Bagdad, Bassora, Kerkouk, Mossoul, Diarbékir) doit préalablement demander à un malade s'il est affecté d'hémorroïdes ou de hernies. Car, souvent, les indigènes viennent consulter leur médecin pour de vieilles gastralgies, des entéralgies chroniques, des céphalalgies invétérées, des vomissements alarmants, des hémoptysies effrayantes, de fréquentes épitaxis, etc., dont la cause se rapporte le plus souvent à une seule et même source: les hémorroïdes ou la hernie. Il suffit alors, pour opérer la guérison, de faire maintenir la hernie dans son bandage, ou de rétablir le flux hémorroïdal en aberration.

C'est là un renseignement que je crois utile d'indiquer à tous mes confrères établis dans cette région ou voulant s'y établir.

Mais chacun, médecin ou autre, sait qu'à l'heure actuelle les hémorroïdes et par suite leurs hémorragies restent malheureusement sans traitement médical curatif certain.

La guérison existe, mais il faut recourir aux chirurgiens, et à

combien le nom seul de chirurgien inspire la terreur ! Je passe sous silence les personnes que retient une pudeur extrême et qui préfèrent mourir plutôt que de se faire opérer.

Par conséquent, trouver un moyen médical curatif des hémorroïdes serait rendre un vrai service à la science et à l'humanité : qu'on me permette d'éclairer la voie par quelques observations que je crois dignes d'attention.

Le pays où j'exerce ma profession est remarquable par l'opposition que rencontrent chez les malades les opérations chirurgicales, si légères qu'elles soient ; à ce point que tout médecin qui en prescrirait une ne ferait que donner, suivant l'opinion générale, une preuve d'incapacité absolue.

Les consultations en fait d'hémorragies hémorroïdales abondent dans mon cabinet tous les jours. J'ai employé pour les réprimer plusieurs moyens énergiques : ergotine Bonjean en injections hypodermiques et à l'intérieur, l'extrait de ratanhia en pommade et à l'intérieur, le tannin, les applications très chaudes ou très froides, etc., etc., etc. Mais rien n'y faisait. Je me décidai enfin à essayer l'extrait fluide d'hydrastis canadensis en potion ; et les éclatants succès obtenus m'encouragent de plus en plus à y voir le meilleur agent curatif connu. Je cette redoutable complication des hémorroïdes contre laquelle le médecin se trouve complètement désarmé : peut-être sera-ce le petit spécifique cherché.

Je ne pourrai jamais oublier trois concluantes et étonnantes guérisons dues à l'action bienfaisante de cet agent thérapeutique.

L'une concerne un pauvre hémorroïdaire chrétien, Nassouri Mousheka, en proie aux hémorragies depuis plus de quinze ans. Chaque écoulement s'élevait à deux alg. de sang. Aussi, chaque fois tombait-il dans une syncope dont on ne pouvait le faire revenir que par les moyens les plus énergiques. J'en fus le témoin oculaire lorsqu'il m'eut appelé auprès de lui. Après un écoulement de sang qui, heureusement, fut le dernier, je constatai en explorant la région affectée un petit sac à quelques millim. de l'anus dont s'échappait continuellement, à jet continu, un petit ruisseau de sang rougeâtre. Les téguments du malade sont pâles, les yeux caves, le pouls à peine perceptible, la voix cassée, la prostration extrême. Je pratiquai sur le champ une injection hypodermique d'un centim. c. d'ergotine à quelques millim. du dit sac ; l'écoulement poursuivit pourtant son cours. Je prescrivis alors cette mixture :

Ext. fluide d'hydrast. canad.....	4 gr. (1 drachme)
Eau dist. édulcorée.....	120 — (4 onces)

A prendre par cuillerées à soupe dans les 14 h. ; une toutes les h. On pourra y mélanger l'ergotine sans aucun inconvénient :

Ext. fluide d'hydrast. canad.....	4 gr. (1 drachme)
Ergotine Bonjean.....	2 — ($\frac{1}{2}$ —)
Eau dist. édulcorée.....	120 — (4 onces)

Le sang cesse de couler quelques heures après. Je fis réitérer la même préparation pendant dix jours consécutifs. On pourra :

dépasser ces limites sans courir aucun danger du côté du cœur. Le malade ne présenta plus depuis le moindre écoulement, si ce n'est dans les cas d'excès alcooliques ; il sortait alors du sang, mais dans une proportion insignifiante.

L'alcool semblerait être, à mon avis, l'agent le plus nocif et le plus actif à rappeler les hémorragies de ce genre. Il faudrait donc, avant toutes choses, le proscrire. Autrement on exposerait son patient à des récives dangereuses. Les observations confirment ces données.

La deuxième guérison regarde un certain musulman employé au bureau du télégraphe, Chakir effendi, souffrant depuis quatre ans d'hémorroïdes externes énormes donnant presque continuellement naissance à des hémorragies multiples. Chez lui, cette perte sanguine a été la source d'une anémie grave, d'un énervement accentué, d'un marasme tellement profond que ses membres supérieurs se trouvaient agités d'un tremblement oscillatoire bien marqué, tout à fait semblable à celui d'un alcoolique. Cette agitation involontaire empêchait le patient de saisir fermement la plume afin de pouvoir remplir ses devoirs. Le sang rendu journellement équivalait à 200 gr. Je lui administrai de suite la précédente mixture à l'hydrastis canadensis seule pendant dix jours consécutifs. Dès les deux premiers jours le sang avait déjà disparu presque entièrement. Depuis ce traitement, le malade ne rend plus de sang, ne souffre plus de ses hémorroïdes et jouit actuellement d'une santé florissante.

Le troisième cas concerne un chrétien, Hanva Issa, alcoolique à outrance, d'un tempérament sanguin et vigoureux, en proie aux hémorragies depuis plusieurs mois. Il ne pouvait plus vaquer à ses occupations, tant cet écoulement était considérable. Il se présenta dans mon cabinet, non avec la face rubiconde, qu'il avait auparavant, mais pâle et tout défait. Je lui fis prendre sur le champ ma mixture à l'hydrastis, ce qu'il fit encore vingt jours durant, au bout desquels la guérison était totale.

Je tiens encore à ce sujet sept autres faits concluants : je ne crois pas utile d'en faire le compte-rendu, car ils sont en tout semblables aux trois cas ci-dessus. Je citerai cependant encore le cas d'un jeune variqueux, souffrant d'un varicocèle àroit tellement prononcé que la peau des bourses était hypertrophiée et sillonnée d'ectasies veineuses d'où s'échappait de temps à autre un jet de sang noirâtre qui mettait le malade à toute extrémité. Je fis porter ses bourses dans un suspensoir approprié et lui fis prendre en même temps ma précédente mixture à l'hydrastis contre l'écoulement sanguin intermittent qui s'effectuait abondamment. Quelques jours après, le malade se présenta à nouveau, et quelle fut ma surprise en constatant, chose imprévue, que non seulement l'écoulement avait disparu, mais encore que le varicocèle (avec son paquet de ficelle caractéristique) avait diminué considérablement de volume, les bourses hypertrophiées et les veines dilatées subissant le même effet bienfaisant.

Je n'ai qu'à me louer également du bon effet de l'hydrastis canadensis dans un cas d'hémoptysie tuberculeuse. Pour la réprimer, je puisai dans l'arsenal thérapeutique tout ce qui avait trait au traite-

ment de cette affreuse complication : injection sous-cutanée d'ergotine, pastilles d'ipéca à dose nauséuse, potion au tartre stibié, vésicatoire, sinapismes aux mollets, glace à l'intérieur, etc., etc. Tout cela n'empêchait pas la malade de cracher la sang à flots ; seul, l'hydrastis canadensis se montra le meilleur hémostatique pulmonaire. Les observations de Huchard confirment ce fait.

J'ai réussi deux fois en 24 heures à supprimer complètement une hémorragie dysentérique ayant résisté à d'autres moyens énergiques.

Enfin, j'attire tout particulièrement l'attention sur l'effet favorable et presque constant qu'exerce l'hydrastis sur les hémorroïdes, soit internes, soit externes. *Ce produit posséderait en général une action élective de constriction incontestable sur les phlébites chroniques. C'est en même temps un vaso-constricteur fort énergique et un tonique des vaisseaux veineux.* Sans prévoir la chose, je m'en aperçus et le constatai presque constamment sur mes patients qui prenaient l'hydrastis dans le but de se débarrasser des hémorragies. Les hémorroïdes étranglées ou irréductibles se réduisaient avec la plus grande facilité.

L'action de l'hydrastis est assez rapide et certaine, plus certaine que celle de l'ergotine à ce sujet. *C'est son rival, il n'est plus son similaire, demain il sera probablement le premier hémostatique veineux.* Sous l'influence de l'hydrastis, les hémorroïdes diminuent de volume et finissent par disparaître quand la médication est suffisamment prolongée.

J'ai remarqué aussi avec satisfaction que l'hydrastis aiguësait l'appétit, relevait les forces affaiblies, animait les tissus, renforçait les mouvements respiratoires, activait les assimilations organiques et rétablissait les troubles gastriques. C'est une épée à double tranchant. Car assez souvent les hémorroïdaires sont ou dyspeptiques, ou arthritiques ou relâchés.

Ce produit est de la classe constipante. Mais on lui reproche un seul inconvénient. C'est celui de ralentir les battements cardiaques quand on l'administre à dose forte (4 à 6 gr. pro die). Il est donc contre-indiqué surtout chez les gens à pouls lent permanent et chez les cardiaques invétérés.

Je me suis servi maintes fois de l'hydrastis comme ocytocique. Il est doué d'une action moins rapide et moins active que la quinine. Je prescris toujours cette mixture ocytocique sans le moindre danger :

Ext. fluide d'hydrastis canadensis.....	4 gr. (1 drachme)
Salyc. de soude.....	2 — 50 (40 grains)
Borate de soude.....	3 — (45 grains)
Hydrolat de menthe sucré.....	120 — (4 onces)

À prendre une cuillerée à soupe toutes les demi-heures jusqu'à accouchement.

Je fais prendre concurremment tous les $\frac{1}{4}$ d'heure deux des cachets suivants ;

Sulfate de quinine.....	1 gr. (15 grains)
Caféine pure.....	0 — 80 (12 grains)
F. s. a. six cachets.	

De cette façon, l'accouchement s'accélère et s'opère dans les meilleures conditions possibles. Les hémorragies post-partum deviennent moins abondantes, on est suffisamment à l'abri d'un danger vasculaire.

Ce n'est pas tout. Il me reste à parler du bon effet de l'hydrastis dans les multiples et variables métrorragies. Cet effet a déjà été étudié et mis à l'ordre du jour par Gordon (Chicago Med. Journal, Août 1877), Metdès (de Léon), Huchard (Journal de Médecine de Paris, févr. 1886) Fellner (Centralb. für die Med. Woch 1884), Woltering (de Munster, Allg. Med. Centr. Zeitung 1886), Reynold W. Wilcox (New-York Med. Journ. 1887), Henry Rutherford (d'Edimbourg, British Med. Journ. 1888), Schaltz (communication au Congrès de Fribourg. Med. Chirurg. Rundschau), Von Schmidt (de Prague, Prag. Med. Wochenschrift.), J.-M. Fuchs (Wien. Med. Blatter, 1887), Skivopiszew, Pallin (Revue méd. et chirurg. des maladies des femmes 1887), Chéron. Lutaud, Cabanès (thèse inaugurale), Jordan (Centralb. für Gynæk. 1890, No 2), etc., etc. Tous, appuyés sur des observations concluantes, lui reconnaissent une action incontestable et des plus marquées sur les hémorragies utérines. D'après mes notes, je proclame hardiment que *l'hydrastis est le médicament de choix dans les hémorragies des fibro-myomes ; c'est la meilleure arme à diriger contre les hémorragies de la grossesse à n'importe quelle époque, à condition de le faire prendre à des intervalles assez éloignés (20 gouttes toutes les 3 h. quatre fois p. j.)* Qu'on me permette de le dénommer *le régulateur et des ménorragies et du flux hémorroïdal abondant.*

J'ai arraché pas mal de patientes à la mort et les ai guéries par l'emploi seul de l'hydrastis.

En compulsant mes notes qui ont rapport à l'étude de l'hydrastis, et qui s'élevaient à plus d'une vingtaine de cas, je tombe sur celui d'une cancéreuse de l'utérus. Cette femme se plaignait d'une métrorrhagie et elle était à toute extrémité. A l'examen, je trouve chez elle le col parsemé d'une quantité de nodules, offrant un aspect des plus caractéristiques du cancer. J'essayai, pour supprimer ces hémorragies, toutes espèces de remèdes, depuis les injections hypodermiques d'ergotine jusqu'aux applications caustiques locales; rien n'y faisait; seul l'hydrastis en triompha avec un succès éclatant.

Les résultats obtenus entre les mains du Dr Bossi, de Gênes (Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie, 1891) semblent venir confirmer les nôtres. Écoutons-le résumant les principales indications du médicament en question.

1^o L'hydrastis canadensis administré à quelque période que ce soit de la grossesse, à la dose de 100 à 200 gouttes p. j. et pendant quelques jours de suite, *n'a aucune action dangereuse ni sur la mère, ni sur le produit de la conception.* Il en est de même lorsqu'on l'administre pendant l'accouchement.

2^o Administré soit pendant la grossesse, soit pendant l'accouchement et la délivrance, comme après, *il a une action hémostatique constante, curative et prophylactique sur l'utérus, sans exercer aucune influence ecbolique sur le muscle utérin, et sans en modérer les contractions.*

3° C'est une substance thérapeutique précieuse en obstétrique et certainement supérieure au seigle ergoté, ne présentant pas les inconvénients de celui-ci et pouvant être administrée librement, soit comme *curatif*, soit comme *prophylactique* des metrorrhagies à toutes les époques de la grossesse, de l'accouchement, de la délivrance et du puerpéralisme, et son usage confié aux sages-femmes serait bien plus prudent que celui du seigle ergoté."

Indépendance Médicale.

Dr V. HERZEN.—**Guide et Formulaire de thérapeutique générale et spéciale**, par le Dr V. HERZEN. 1 vol. in-16° de 460 pages, cartonné..... 5 fr,
Librairie J.-B. Baillière fils, 19, rue Hautefeuille (près du boulevard Saint-Germain), à Paris.

Concision, clarté, utilité pratique : telles sont les qualités de ce nouveau formulaire. Le jeune médecin y trouvera facilement, rapidement, le schéma, pour ainsi dire, de chaque cas particulier qu'il est appelé à traiter, sans perdre le temps à relire des descriptions pathologiques qu'il doit connaître, et sans se trouver embarrassé pour le choix des moyens thérapeutiques à employer.

L'auteur a adopté le style télégraphique ; les noms des différentes maladies forment autant de titres rangés par ordre alphabétique ; les sous-titres indiquent les principales formes de chaque maladie ; ils sont rangés tantôt par ordre alphabétique, tantôt par ordre de fréquence ou de gravité ; enfin, les principaux symptômes ou complications de chacune de ces formes se détachent en petits caractères gras, et c'est alors seulement que viennent les indications thérapeutiques ou chirurgicales les mieux adaptées à chaque cas particulier.

Grâce à cette subdivision, ce formulaire, tout en étant à certains égards plus complet que d'autres, est en même temps plus court, plus clair et plus pratique.

Enfin il a le mérite de donner les plus récents traitements préconisés non seulement en France, mais encore en Allemagne et en Angleterre.

Il a paru bien des formulaires depuis quelques années.

Nous n'en connaissons pas d'aussi *pratique* que celui du Dr HERZEN, où il soit tenu compte dans une aussi large mesure des indications si variées qui peuvent se présenter dans le cours d'une même maladie.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

DES AVORTEMENTS EN GÉNÉRAL ET DE LEUR THÉRAPEUTIQUE
EN PARTICULIER.

Par le Dr BOISSARD, Accoucheur des hôpitaux, Professeur adjoint à la Maternité.

(Suite et fin.)

D. *Traitement des avortements accompagnés ou suivis d'accidents.*

C'est en général dans les avortements se produisant le 3e et le 4e mois qu'on doit redouter des accidents ; en effet, le caractère de l'avortement du 4e mois est de se faire dans l'immense majorité des cas en deux temps : un premier temps dans lequel on assiste à la sortie de l'embryon, un deuxième dans lequel se produit l'expulsion de l'œuf. Tant que le délivre n'est pas expulsé *en entier*, l'avortement est incomplet et n'est pas terminé ; en effet, le placenta retenu plus ou moins longtemps dans la cavité utérine pourra être la cause d'hémorragies, ou le point de départ d'accidents septiques plus ou moins redoutables ; il nous faut donc exposer et discuter la thérapeutique qui semble la plus efficace, lorsqu'on aura à lutter contre les *accidents* qui peuvent compliquer tout avortement ; ces accidents, nous l'avons déjà dit, sont les *hémorragies*, la *rétenion placentaire* et la *septicémie*.

1° *Des hémorragies dans l'avortement et de leur traitement.*—Sans entrer dans la description et la physionomie des hémorragies qui compliquent certains avortements, nous devons dire qu'elles sont surtout fréquentes et abondantes dans les avortements des troisième et quatrième mois. Elles sont d'autant plus considérables qu'elles proviennent d'un décollement plus étendu des cotylédons ; exceptionnelles lorsque l'œuf est mort (avortement exsangue dans les cas de syphilis), elles se montrent avec toute leur gravité, lorsque l'avortement reconnaît un traumatisme ou une intervention criminelle : enfin la gravité pourra dépendre moins de l'abondance immédiate de la perte de sang que de sa durée et de sa persistance. Ces hémorragies sont souvent accompagnées d'un ensemble de *phénomènes généraux* intenses (lypothymies, frissons) nullement en rapport avec l'abondance de la perte de sang. Dans son appréciation, l'accoucheur ne devra donc pas se baser sur ces phénomènes subjectifs, mais se rendre compte par lui-même, en examinant les linges, les caillots, de la quantité réelle de sang perdu ; enfin il devra savoir qu'à côté de certaines femmes qui supportent admirablement une perte de sang abondante (300, 400 et 500 gr. de sang), il en existe toute une

autre catégorie qu'une perte de sang modérée met dans une situation grave.

Le plus souvent, dès que la femme enceinte perd du sang, que cette perte ait été ou non précédé de contractions utérines, le facies devient pâle, le pouls très fréquent, avec tendance à la syncope et anxiété très marquée.

Sans vouloir décrire ici complètement ces hémorragies, il faut cependant savoir que parfois elles sont *abondantes d'emblée* ; l'hémorragie ouvre alors la scène ; d'autres fois, l'hémorragie est tout d'abord peu marquée, mais persiste plusieurs jours, et fuit, par *sa durée*, à amener un état plus ou moins grave d'anémie vraie et aiguë ; le facies devient alors blanc et cireux.

Les hémorragies qu'on peut rencontrer dans le cours des avortements peuvent se montrer à *deux époques* bien différentes, à savoir dès la première menace, ou après l'expulsion de l'embryon, lorsque le délivre, finissant de se décoller, va à son tour être expulsé. On comprend qu'un intervalle de plusieurs jours puisse exister entre l'apparition de ces hémorragies, et il faudra compter avec le retour de cette seconde hémorragie chez une femme déjà presque exsangue, puisque la moindre perte nouvelle de sang peut devenir fatale.

La thérapeutique dans ces deux variétés d'hémorragies est absolument dissemblable ; dans la première, alors que le canal cervical est peu ou pas entr'ouvert, il ne peut être question d'aller chercher dans la cavité utérine l'œuf plus ou moins adhérent ; il faudra donc essayer de modérer ou d'arrêter la perte de sang en opposant par le *tamponnement* une sorte de digue à l'écoulement. Dans la seconde variété, alors que *l'embryon a déjà été expulsé*, qu'une portion du placenta décollée est souvent engagée dans le col, il faudra procéder à la délivrance, qui devra être faite suivant le mode spécial que nous décrirons plus loin, quand nous traiterons de la rétention placentaire accompagnée d'infection.

Pour modérer ou arrêter l'hémorragie, si elle n'est pas trop abondante, on pourra faire de grandes injections chaudes à 50°, répétées 4 à 5 fois par jour. Si la chose est possible, on devra même, après avoir retiré les caillots contenus dans le vagin, faire une injection intra-utérine avec la sonde de Budin, sonde qui assure très bien le retour des liquides. L'injection, de 1 à 2 litres, sera faite doucement et longuement. S'il n'y a pas de phénomènes d'infection, on donnera la préférence aux solutions antiseptiques non toxiques, permanganate de potasse, microcidine, acide borique par exemple, ou même eau bouillie, pour éviter la rétention des liquides toxiques dans la cavité utérine, ou plutôt s'opposer à *l'imbibition* du placenta par ces mêmes liquides, le placenta faisant en quelque sorte l'office d'éponge ; ceci explique comment une seule injection intra-utérine a pu parfois être suivie d'accidents toxiques graves.

Ces injections intra-utérines réussissent très bien si l'écoulement sanguin n'est pas trop abondant ou trop répété, mais elles se montreront insuffisantes ou impuissantes dès que l'hémorragie sera vraiment sérieuse. Il faudra alors y renoncer, et s'adresser au moyen vraiment héroïque, c'est-à-dire au *tamponnement* ; car nous ne signa-

lons le seigle ergoté que pour en repousser et en condamner l'emploi ; en effet, ou il sera donné à dose insuffisante et n'arrêtera pas l'hémorragie, ou à dose efficace et produira des effets toxiques ou tétaniques du côté de l'utérus.

Le tamponnement ne sera fait ni avec un ballon de caoutchouc, ni une vessie de glace ou un col-peurynter ; il devra se composer d'une série de gros bourdonnets d'ouate hydrophile ou même de charpie qu'on aura préalablement fait bouillir. La femme sera mise *en travers* de son lit ; on fait une grande injection vaginale et on introduit successivement un à un les bourdonnets d'ouate. On pourra se servir d'un spéculum, mais son emploi est loin d'être indispensable ; les morceaux d'ouate seront enduits de vaseline, mais *jamaïs* d'une solution de perchlorure de fer, qui ferait une masse compacte et pour ainsi dire béton ; ces tampons au perchlorure de fer s'inscrivent en outre dans le derme de la muqueuse vaginale qui se trouve arrachée lorsqu'on parvient péniblement à les retirer ; il en résulte des érosions, des fissures, porte d'entrée à l'infection et source de douleurs horribles.

Il est impossible de préciser la quantité d'ouate nécessaire pour opposer une digue au sang qui s'écoule ; en remplissant bien les culs-de-sac, en tapissant tout le vagin, le nombre des bourdonnets est considérable.

Toutes les fois qu'on aura recours au tamponnement, il faudra le faire sérieusement, *complètement*, et ne pas se contenter d'introduire dans le vagin 5 à 6 boulettes de charpie qui donneraient une sécurité entièrement illusoire. Ce tampon sera laissé en place une dizaine d'heures, à moins qu'il n'y ait des douleurs d'expulsion. Souvent en enlevant le tampon on trouvera derrière lui l'embryon et le délivre ; dans le cas contraire, et si l'hémorragie est arrêtée, on fera une grande injection, et on se tiendra prêt à faire un deuxième tamponnement, si une nouvelle hémorragie venait à se produire.

Parfois, avons-nous dit plus haut, l'hémorragie peut n'apparaître que plusieurs jours après l'expulsion du fœtus, au moment du décollement de l'œuf ; cette hémorragie peut être relativement peu abondante, mais néanmoins très grave en raison de l'état d'anémie où est déjà la femme.

Certains auteurs ont encore recours au tamponnement ; pour notre part, nous avouons notre préférence pour une intervention plus active, plus complète, qui, permettant de procéder à la délivrance, arrêtera immédiatement l'hémorragie. La chose est en général, pour ne pas dire constamment, possible, à partir de cette époque de 4 mois de grossesse, *si l'embryon a déjà été expulsé*, et surtout, si une portion du placenta est sentie dans l'orifice du col utérin. Nous croyons préférable, pour ne pas scinder ce sujet, et nous exposer à des redites, d'exposer l'intervention qui nous semble la plus appropriée dans le chapitre suivant, où nous allons exposer la thérapeutique à suivre dans la rétention du placenta accompagnée ou non d'hémorragie.

2° *De la rétention placentaire dans les avortements et de son traitement.*—Il faudrait toute une monographie pour exposer et traiter ce

sujet si intéressant, qui fait encore l'objet de discussions nombreuses parmi les accoucheurs les plus autorisés.

La rétention placentaire *dans l'avortement* n'est pas à *proprement parler un accident*, puisque nous savons qu'elle constitue une étape presque constante dans la marche des avortements au 4e et 5e mois, mais elle peut être *l'origine et la source d'accidents* qui vont motiver et réclamer une thérapeutique spéciale, encore discutée actuellement.

Certains auteurs pensent même qu'il n'y a à proprement parler rétention placentaire qu'à l'apparition de ces accidents, déterminés par une *durée anormale* du séjour du délivre dans la cavité utérine, sans pouvoir toutefois assigner, pour les différents cas, un terme précis, les accidents, et en particulier l'infection, se montrant à des époques tout à fait variables et indéterminées.

Ces accidents sont en rapport, d'une part, avec l'état de l'œuf, l'étendue de son décollement, et d'autre part avec la durée de la rétention placentaire; les choses en effet ne se passeront pas de la même façon suivant que l'œuf sera vivant ou mort, suivant que le décollement placentaire sera complet, partiel ou nul. Ces faits vont expliquer comment certaines femmes ont pu n'expulser le délivre que 10, 15 et 20 jours après la sortie de l'embryon sans présenter aucun accident. Tant que les connexions, les adhérences inter-utéro-placentaires seront complètes, le placenta, continuant à vivre à la façon d'un parasite, ne subira aucune décomposition, aucune putréfaction; au contraire, une portion du placenta est-elle décollée, la putréfaction et l'infection ne tarderont pas à envahir cette portion ainsi décollée. Ces faits sont les plus fréquents, tandis que la rétention prolongée du délivre par persistance des adhérences totales du placenta est l'exception.

Lorsque le placenta est *totalemtent décollé*, son expulsion en général a lieu assez rapidement; ce qui est fort heureux, car la putréfaction ne tarderait pas à envahir cet œuf privé de vitalité.

La rétention placentaire dans l'avortement du 4e mois s'explique facilement, si l'on songe au volume que le placenta présente déjà à cette époque; de plus les adhérences qui unissent l'œuf à la muqueuse utérine en voie d'évolution sont résistantes, et la musculature du corps utérin est loin d'avoir acquis le complet et parfait développement qu'elle présentera dans la grossesse arrivée à terme; ajoutons que l'orifice cervical est peu ou pas perméable, et que le col ne présente encore qu'un léger degré de ramollissement.

Quant à la durée de la rétention, nous nous sommes déjà expliqué sur les causes qui la rendent variable; aussi est-elle impossible à fixer et à préciser. Certains auteurs ont même cru pouvoir affirmer que le placenta, vivant en quelque sorte d'une vie parasitaire, pouvait être le point de départ de polypes particuliers, le siège d'une organisation pathologique ou être résorbé sinon absorbé; ces faits sont actuellement à l'étude (déciduome), mais nous pensons que les cas de résorption placentaire peuvent, le plus souvent, s'expliquer par l'exfoliation insensible du délivre ou son expulsion ignorée ou méconnue.

Avant de diriger un traitement contre la rétention placentaire ou les accidents qui pourraient se manifester, il faut tout d'abord reconnaître l'existence de cette rétention, ou tout au moins du séjour du placenta dans la cavité utérine. Parfois, la chose est extrêmement simple ; ou l'on a assisté à toutes les phases de l'avortement, et l'on n'a pu recueillir le délivre, au milieu des caillots, qu'on doit toujours examiner sous un filet d'eau, ou le toucher vaginal permet de reconnaître, à travers l'orifice utérin, la présence d'une portion de cotylédons, qu'il ne faudra pas confondre avec un caillot. D'autres fois, la situation est plus délicate, et les choses moins simples ; aussi ne peut-on avoir que des doutes ou des présomptions sur la rétention du placenta.

En général, si l'utérus est encore trouvé gros, si le canal cervical permet facilement l'introduction de la pulpe digitale, si les coliques et l'écoulement sanguin persistent, il est presque certain qu'une portion de l'œuf est encore contenue dans la cavité utérine, et l'on se conduira comme si la chose était certaine, s'il y avait des accidents, nous voulons dire une hémorragie ou des phénomènes infectieux.

Il est curieux de constater qu'une seule et même méthode basée sur l'emploi rigoureux et strict des antiseptiques puisse diviser les accoucheurs en les conduisant à une thérapeutique absolument différente ; l'antisepsie en effet permet aux uns de temporiser et d'attendre l'expulsion spontanée du délivre et autorise les autres à intervenir d'emblée, pour ainsi dire chirurgicalement, et en l'absence de tout accident.

Pour nous, en l'absence d'accidents, nous pensons qu'il est préférable d'instituer de suite, c'est-à-dire dès la menace de l'avortement, un traitement antiseptique, sévère et rigoureux, qui consistera à faire 2 ou 3 injections vaginales, et à faire un pansement avec la gaze à l'iodoforme ou au traumatol (gaze à l'iodocrésyl), qui, inodore, ne masquera pas l'odeur qui se montrera dès qu'il y aura un commencement de putréfaction. En effet, qui dit rétention placentaire ne dit pas pour cela fatalement accidents, et bien souvent avec une sévère antisepsie les choses vont se passer très simplement. On fera donc de l'expectation armée aussi longtemps que durera la rétention placentaire non accompagnée d'accidents.

Les accidents qu'on peut observer dans le cours de la rétention placentaire sont, nous l'avons déjà dit, les hémorragies et l'infection.

Les hémorragies ne nous semblent guère prêter à la discussion, et la thérapeutique ne nous paraît guère devoir varier.

Nous ne voyons pas, en effet, dans ce cas l'avantage qu'il y aurait à recourir au tamponnement ; dans une grossesse d'au moins 4 mois, après l'expulsion de l'embryon, la pénétration digitale dans la cavité utérine avec ou sans chloroforme est toujours possible et nous semble de tous points préférable. Il importe en effet, pour arrêter l'hémorragie, d'enlever le placenta, et de parachever son décollement s'il y a lieu ; une fois l'utérus vide, l'hémorragie s'arrête.

Nous préférons sans conteste l'intervention manuelle, la délivrance digitale, comme nous la décrirons plus loin, à toutes les inter-

ventions instrumentales qui ont été préconisées à cet effet, et en particulier à l'emploi des pinces ou des curettes.

3° *De l'infection dans les avortements et de son traitement.*—Si les accoucheurs sont en général d'accord sur le traitement à suivre dans les cas d'hémorragie par rétention placentaire, il est loin d'en être de même dans les cas d'infection, de septicémie, qu'il y ait ou non rétention de l'œuf abortif.

Nous n'ignorons pas que certains auteurs (Weit, Fehling, Tyler Smith), voulant prévenir l'apparition possible de ces accidents infectieux, n'hésitent pas à intervenir instrumentalement aussitôt après l'expulsion de l'embryon, en allant dans l'utérus enlever et arracher le placenta. A cet effet, ils se servent de pinces, de curettes mousseuses ou tranchantes sur les dangers et l'inefficacité desquelles nous nous expliquerons tout à l'heure.

Pour nous, d'accord en cela avec la grande majorité des accoucheurs qui sont autorité à Paris, nous préférons observer et attendre qu'il nous soit démontré cliniquement que les soins antiseptiques employés jusqu'alors sont devenus insuffisants.

Sans attendre l'apparition d'un frisson, nous conseillons d'agir sans hésitation dès que la température, prise matin et soir, s'élève au-dessus de la normale, ou que les lochies présentent la plus légère fétidité; dans ce dernier cas, il ne faudra même pas attendre que la température s'élève, car cette fétidité indique un commencement de putréfaction du placenta et doit faire redouter l'apparition prochaine de signes généraux de septicémie.

On pourra alors à la rigueur, surtout si l'on manquait d'aides, se contenter, dans les cas de simple fétidité non accompagnée de fièvre, de faire une ou plusieurs injections intra-utérines avec la sonde de Budin; on fera alors passer 3 ou 4 litres de solutions antiseptiques, soit d'acide phénique ou de microcidine au centième, soit de sublimé ou de permanganate de potasse.

Pour éviter les phénomènes d'intoxication qui pourraient résulter de l'imbibition du placenta retenu dans la cavité utérine, on fera suivre ces injections d'un lavage intra-utérin avec deux litres d'eau bouillie.

Ce seront les renseignements fournis par l'état du pouls, et surtout de la température, qui motiveront et nécessiteront une intervention plus radicale et plus complète, car les injections intra-utérines, seules, combattront bien la fétidité des lochies, mais, ne supprimant pas la cause de l'infection, resteront inefficaces ou insuffisantes. C'est pourquoi, qu'il y ait rétention certaine ou seulement probable du placenta, il faudra se hâter, dès la moindre apparition d'accidents septiques, de procéder au *nettoyage* complet à une antiseptie rigoureuse de la cavité utérine. A cet effet on pourra se servir soit d'instruments, soit des *doigts*, et c'est à ces derniers que nous donnons la préférence, pour les raisons qu'il nous faut maintenant exposer.

Tout d'abord, il faut savoir que les choses ne se présentent pas toujours de la même façon; tantôt, en effet, le canal cervical est assez perméable, les bords de l'orifice sont assez souples pour permettre d'emblée l'introduction d'instruments ou d'un doigt dans la cavité

utérine à explorer, tantôt, au contraire, le col a gardé toute sa longueur, et l'orifice résistant est peu perméable. Il faudra alors, de toute nécessité, avant de songer à pénétrer dans l'utérus, procéder à sa *dilatation artificielle*. Nous pensons que cette dilatation devra être *faite doucement, sans violence*, ce qui ne veut pas dire avec lenteur; la dilatation brusque, extemporanée avec des agents mécaniques (dilatateurs avec 2 ou 3 branches), est trop dangereuse pour que nous puissions conseiller d'y avoir recours; par contre, la dilatation avec des tiges de laminaire est trop douce et trop lente; elle demande plusieurs jours avant de permettre l'introduction d'un curette ou d'un doigt.

Il faut donc recourir à un instrument agissant doucement, aussi rapidement que possible, mais incapable de produire des lésions et des traumatismes; plus que partout ailleurs, la violence doit être bannie de l'obstétrique, et l'on ne devra faire marcher la force que d'une façon prudente, lente et continue.

L'emploi des bougies ou des ballons nous paraît remplir admirablement ce rôle et permet d'obtenir sûrement et rapidement le résultat cherché.

Si l'on se sert des bougies de Hegar, après, avoir découvert le col avec un spéculum, et abaissé l'utérus en accrochant le col avec une pince de Museux, on procédera à une dilatation graduelle jusqu'à ce que la perméabilité du canal cervical soit suffisante, c'est-à-dire capable de permettre l'introduction d'un gros doigt sans violence.

On pourra recourir encore avec plus d'avantage, aux ballons de caoutchouc (ballons de Barnes, Champetier, Boissard), parce qu'ils donnent sûrement et rapidement (4 à 5 heures) un large degré de perméabilité qui permet d'explorer complètement la cavité utérine, et de se rendre compte de ce qu'on fait.

Quoi qu'il en soit, que la voie soit ouverte primitivement ou secondairement, c'est-à-dire que le canal cervical soit perméable de suite ou après la dilatation artificielle, on explore avec le doigt l'intérieur de l'utérus, et on procède, s'il y a lieu, à l'extraction du placenta ou des débris de cotylédons, la femme étant soumise aux inhalations chloroformiques.

De même que nous avons vu certains auteurs recourir d'emblée, avant l'apparition de tout accident, à l'emploi de la curette pour terminer l'avortement, de même nous allons les retrouver ici préconisant le même procédé de la curette pour extraire un œuf adhérent ou non, et combattre les accidents septiques, suite de la rétention placentaire. Pour eux, la curette est un procédé, un instrument de délivrance, et un moyen de combattre les accidents septiques.

Sans vouloir exposer tout au long les termes de cette discussion, et faire une critique détaillée du procédé de la curette, il nous faut cependant en montrer les dangers, l'inutilité ou l'inefficacité.

La curette, tranchante ou non tranchante, nous paraît dangereuse comme moyen curatif de la rétention placentaire, et les observations de perforation de l'utérus ne sont pas des raretés, surtout s'il y a des signes d'infection; car la fibre utérine est dégénérée et le mus-

de tout entier a perdu ses caractères histologiques normaux ; la curette est en outre inutile ou insuffisante, c'est-à-dire inefficace.

En effet, dans les cas de *rétenion placentaire*, que trouve-t-on, quel est l'état de l'œuf dans l'utérus ?

Tantôt l'œuf est libre, complètement décollé, tantôt au contraire adhérent sur la plus grande partie de son étendue. Nous omettons à dessein les cas d'*adhérences totales* où il n'y a ni hémorragie, ni putréfaction (œuf vivant), puisqu'en pareille occurrence nous pensons que l'expectation est absolument commandée ; de plus dans ces cas, les reproches qui ont été formulés contre l'emploi de la curette se trouvent à *fortiori* justifiés.

Pourquoi recourir à un instrument mousse ou tranchant, pour saisir et extraire un œuf libre et tout à fait décollé ? Enfin, si après bien des tâtonnements, l'œuf est saisi, il ne pourra être extrait que fractionné et morcelé. Lors qu'il y a un intérêt capital à procéder à son extraction en masse, pour pouvoir s'assurer que l'œuf est entier, complet, et en totalité extrait ; avec la curette, en effet, on se trouve exposé presque fatalement à laisser dans l'utérus des morceaux, des débris de cotylédons, sans qu'on s'en doute, et qu'on puisse en avoir conscience.

Dans les cas, au contraire où l'œuf est adhérent dans une grande portion, il nous semble impossible qu'en agissant à l'*aveugle*, avec une curette, on puisse *décoller sûrement toutes les parties adhérentes* et les entraîner en dehors. Ces reproches sont tellement vrais que *des débris d'embryon, des morceaux de cotylédon* sont souvent expulsés plusieurs jours après un curettage qui semblait parfait et complet. Les observations cliniques sont là pour démontrer la réalité de ces faits ; c'est pourquoi l'emploi de la curette, dans les cas de *rétenion placentaire*, nous semble sinon dangereux, du moins aveugle et inefficace. Nous serons moins affirmatif dans les cas d'infection, alors que l'œuf a été entièrement expulsé, et que les phénomènes septiques s'expliquent par la rétention de portions de caduque en voie de putréfaction. Dans ces cas encore, nous pensons, avec Budin, que l'écouvillonnage, le nettoyage complet de la cavité utérine, au moyen de morceaux d'ouate hydrophile, montée sur une pince et imbibée de glycérine créosotée, rendront les plus grands services, et agiront de la façon la plus sérieuse.

Repoussant, pour cause, l'usage et l'emploi de la curette dans les cas de rétention placentaire suite d'avortement, nous conseillons, dans tous les cas où il faudra procéder à l'extraction de l'œuf (hémorragie, putréfaction), de recourir à la *délivrance digitale*. A cet effet, le canal cervical étant suffisamment perméable, la femme est mise dans la situation obstétricale et le vagin débarrassé des caillots au moyen d'une grande injection, l'accoucheur, après s'être brossé, savonné les mains et les avant-bras, et les avoir passés dans une solution de sublimé, introduit *une main toute entière dans le vagin*, tandis que l'autre, à travers la paroi abdominale, fixe et maintient le fond de l'utérus. Bien entendu, pour cette opération, la femme sera sous le *sommeil chloroformique*, sans lequel l'introduction de la main dans le vagin, à cette époque de la grossesse, serait impossible ou trop

douloureuse; une fois la main entière introduite dans le vagin, un doigt ou deux, si possible, pénètrent dans la cavité utérine, dont on explore toute la surface pour se rendre compte du siège de l'insertion de l'œuf, et de l'étendue de son décollement. Si l'œuf est libre, rien ne sera plus facile que de le saisir, de l'entraîner et de l'extraire; si au contraire il est encore adhérent, ce même doigt, *instrument sensible et conscient*, va procéder à l'achèvement du décollement, ce dont il sera facile de se rendre compte. Enfin, une fois l'œuf extrait, on devra s'assurer, en pénétrant à nouveau avec un doigt dans l'utérus, qu'il ne reste pas de cotylédons isolés. On agira de cette façon sans violence, sûrement, le doigt pouvant dans les cas d'avortement arriver jusqu'aux cornes utérines, qu'il faut toujours explorer avec le plus grand soin.

Ce n'est qu'après le 6^e mois de la grossesse qu'on sera autorisé à pénétrer avec toute la main dans la cavité utérine pour procéder à la délivrance, qui rappelle à peu près celle pratiquée dans une grossesse à terme.

Après avoir procédé à l'extraction de l'œuf, on fera une grande injection intra-utérine qui sera suivie de l'écoovillonnage, soit avec l'écoovillon de Doléris, soit avec de l'ouate hydrophile imbibée de glycérine créosotée ou d'une solution de chlorure de zinc au vingtième: après quoi on introduira dans l'utérus une mèche de gaze à l'iodoforme, au traumatol ou au solol, mèche qui restera en place 24 heures; après ce temps, elle sera retirée, et on fera deux ou trois injections vaginales chaque jour.

C'est en procédant suivant les différentes façons que nous avons exposées qu'on sera le mieux armé pour prévenir les menaces d'un avortement; c'est en intervenant en face d'une indication bien nette et bien positive qu'on se trouvera le plus puissant pour combattre et arrêter les accidents qui pourront accompagner les avortements dans les cas de rétention placentaire accompagnés ou non de septicémie
(*Journal des Sages-femmes.*)

Traitement des ampoules.—Le Dr VITALIANI, médecin militaire autrichien s'élève avec raison contre le traitement des ampoules par le séton de fil, même quand cette petite opération est suivie de l'application d'un emplâtre protecteur; en effet, dans ces cas, pour peu que le blessé marche on voit trop souvent l'ampoule se transformer en plaie enflammée et douloureuse. Voici le procédé auquel il a recours, et qu'il recommande:

On incise l'ampoule sur toute sa hauteur avec le bistouri, on la vide par pression, puis soulevant avec la sonde et l'une après l'autre chaque lèvres de l'incision, on projette, à l'aide d'un pinceau, de la poudre d'iodoforme dans la poche épidermique. Ceci fait, on recouvre l'ampoule d'une fine couche de coton hydrophile par-dessus laquelle on applique un petit morceau d'emplâtre adhésif. Le sujet peut dès lors marcher sans douleur. Au bout de quelques heures ou le lendemain matin au plus tard, la plaie est déjà sèche, et un nouvel épiderme ne tarde pas à se former.

REVUE D'HYGIÈNE

LA PROPHYLAXIE DE LA CONSOMPTION.

Cet important chapitre de l'hygiène est tellement à l'ordre du jour, que nous ne saurions y revenir trop souvent. Nous avons déjà fait connaître à nos lecteurs les nombreuses mesures que le Bureau d'Hygiène de New-York a mises en force dans la métropole des Etats-Unis, afin de conjurer autant qu'il est possible les ravages de ce terrible fléau. Le sujet a été discuté passablement au long, à Ottawa, par les membres du Conseil National des Femmes, dans une assemblée tenue le mois dernier; le président du Conseil d'Hygiène de la Province ayant, à cette occasion, envoyé à Madame Cox, la présidente du Conseil National des Femmes, à Montréal, une lettre qui nous paraît résumer les vues de la science moderne sur la question, nous nous faisons un plaisir de la commuier à nos lecteurs.

Montréal, 14 mai 1898.

Chère Madame Cox,

J'ai déjà eu l'honneur, en répondant à la bienveillante invitation de Lady Aberdeen, d'exprimer à Son Excellence tous mes regrets de me trouver dans l'impossibilité de m'absenter de Montréal à la date de l'assemblée du Conseil National des Femmes, à Ottawa, mardi prochain, ainsi que de préparer et faire traduire à temps pour cette assemblée, un travail sur l'intéressante question de la prophylaxie de la consommation au Canada.

Cependant, en autant que vous ne me demandez, pour cette assemblée, qu'une expression de mes vues sur les meilleures mesures à prendre pour enrayer les progrès de cette terrible maladie, je me rends avec d'autant plus de plaisir à votre désir que, de toutes les maladies évitables, la consommation est celle qui, ici comme ailleurs, fait le plus de ravages et mérite le plus, par conséquent, d'attirer l'attention des hygiénistes et de tous ceux qui s'intéressent à l'avenir de notre pays.

Dans la Province de Québec, comme dans celle d'Ontario, la consommation fait des ravages incessants et est, de toutes les maladies, celle qui contribue le plus au nombre total des décès.

En 1894 nous avons eu 2,663 décès causés par la consommation, sur un total de 32,250 décès causés par toutes les maladies; en 1895, 2,791 décès causés par la consommation, sur un total de 31,696, et en 1896, 2,826 décès causés par la consommation, sur un total de 31,004 décès.

Ces chiffres suffisent pour démontrer les progrès constants de cette maladie et l'urgence d'unir tous nos efforts pour combattre un

tel ennemi, et faire connaître, en les mettant à la portée de tous, autant que possible, les moyens que la science moderne et l'expérience nous enseignent comme étant les plus efficaces, tels que :

1° L'établissement de Sanatorias et Hospices maritimes pour les enfants débiles, lymphatiques et scrofuleux, c'est-à-dire, les prédisposés ou candidats à la consommation ;

2° L'établissement de Sanatorias — (Homes for consumptives) pour l'isolement et le traitement des malades ;

3° L'inspection systématique de tous les établissements où vivent réunis ensemble un grand nombre de personnes, tels que : écoles, collèges, couvents, manufactures, casernes, etc., et l'éloignement immédiat de chaque cas de consommation constaté ;

4° Le contrôle efficace des aliments, surtout par l'inspection rigoureuse des viandes de boucherie, ainsi que des étables et des vaches servant à l'approvisionnement du lait ;

5° Dissémination et vulgarisation des notions élémentaires d'hygiène sur la nature contagieuse de la consommation, sur les précautions à prendre quand un cas existe dans une famille et, surtout, sur le fait que la source de contagion la plus fréquente et la plus redoutable réside dans les crachats du consommateur, lesquels, *toujours et partout*, doivent être recueillis dans des crachoirs contenant une certaine quantité de liquide désinfectant, et qui doivent être vidés chaque jour dans le feu, ou tout au moins, dans les water-closets ou dans les fosses d'aisances, et nettoyés à l'eau bouillante.

Tels sont, je crois, les moyens les plus efficaces pour enrayer la marche de ce fléau, et je suis heureux de constater que le Conseil National des Femmes veut bien s'intéresser à cette importante question ; j'ose aussi espérer qu'il nous prêterait son concours pour faire connaître et accepter les mesures que nous recommandons au nom de la science et de l'expérience.

Veillez agréer, chère Madame, l'expression de mes sentiments les plus respectueux et dévoués.

E. P. LACHAPPELLE.

Madame J. Cox,

Présidente du Conseil National des Femmes,

à Montréal.

A la suite de cette lettre intéressante, qui donne une excellente idée d'ensemble de la prophylaxie de la consommation, et en fait comprendre l'importance majeure, nous citerons les conclusions d'un volumineux rapport que M. Grancher a dernièrement lu à l'Académie de Médecine de Paris, et qui a été adopté à l'unanimité par ce corps de savants éminents. Ce rapport, rédigé au nom d'un comité, ne traite le sujet qu'à un seul point de vue, la prophylaxie de la contagion, mais il résume bien sur ce sujet les idées modernes.

Voici la conclusion de ce rapport :

1° L'Académie confirme le sens de ses conseils et de son vote de 1890 qui visent trois mesures de prophylaxie : a) Recueillir les crachats dans un crachoir de poche ou d'appartement contenant un peu de solution phéniquée à 5 0/0 et colorée, ou au moins un peu d'eau ; b) Éviter les poussières en remplaçant le balayage par le

lavage au linge humide; c) Faire bouillir le lait, quelle que soit la provenance, avant de le boire.

2° En ce qui concerne la famille, l'Académie recommande aux médecins l'application soutenue de ces mesures de défense dès que la tuberculose est *ouverte*; elle leur recommande aussi de maintenir, si possible, la tuberculose pulmonaire à l'état *fermé* par un diagnostic précoce et un traitement approprié.

3° Pour l'armée, l'Académie demande la *réforme temporaire* qui convient aux tuberculeux du premier degré avant l'expectoration bacillaire et la *réforme définitive* dès que les crachats contiennent le bacille de Koch. Et elle fait appel à l'entente cordiale du commandement et du service de santé pour l'application, dans toutes les casernes, des trois mesures énoncées plus haut.

4° L'école, l'atelier, le magasin, etc., relevant de l'instituteur, du patron, du chef d'industrie, etc., l'Académie ne peut que leur rappeler l'importance de cette question d'hygiène et la simplicité, la facilité des moyens qui suffisent à la réaliser, c'est-à-dire à combattre efficacement l'extension de la tuberculose qui menace toutes les familles.

5° L'Académie approuve les conclusions du travail de la commission hospitalière en ce qui concerne les malades et l'hygiène de nos hôpitaux, à savoir: a) Isolement des tuberculeux dans des pavillons ou salles séparées, en attendant la création de nouveaux sanatoria; b) Antisepsie des salles des tuberculeux et des salles communes, notamment par la réfection des planchers et la suppression du balayage; c) Amélioration du corps des infirmiers par une paye plus haute, un meilleur recrutement et une retraite; d) Création d'un corps d'infirmiers sanitaires.

6° L'Académie approuve enfin les restrictions de la loi en projet et des arrêtés nouveaux concernant la chair musculaire des animaux tuberculeux. La saisie totale et la destruction de cette chair doivent être réservées à des cas assez rares de tuberculose généralisée et d'hecticité. Elle recommande aux cultivateurs l'emploi diagnostique de la tuberculine, l'élimination, par la boucherie, de leurs animaux légèrement tuberculeux et, partant, inoffensifs.

Ajoutons en terminant, que le Gouvernement Fédéral a établi dans tout le Dominion un service gratuit de diagnostic de la tuberculose bovine par la tuberculine, et qu'il suffit aux cultivateurs d'adresser une demande spéciale au département de l'agriculture pour que le ministre envoie dans un court délai un inspecteur provincial examiner le troupeau du propriétaire. Quand, de leur côté, les municipalités forceront les laitiers à faire examiner leurs troupeaux, la surveillance des vaches laitières sera devenue complète; il ne suffira plus, pour la rendre efficace, que de faire exécuter la loi.

LE CERTIFICAT DE DÉCÈS

Beaucoup de médecins ne mettent aucun empressement à donner des certificats de décès, parce que la délivrance de ces certificats n'est aucunement rétribuée. Ils considèrent la chose comme une

perte de temps, un ennui inutile, et ne désirent aucunement que les gens viennent les déranger pour si peu. Ils ne voient là de gain pour eux aucun profit.

Il me semble que ce point de vue n'est pas exact, et qu'en refusant de donner des certificats de décès, le médecin se prive d'un excellent moyen de connaître l'existence de la maladie dans les familles de sa paroisse; c'est une manière sûre pour lui de se renseigner, et qui peut certainement lui être profitable.

En effet, il y a toujours dans chaque paroisse, des pères de famille qui fuient avec un soin jaloux la demeure du médecin. Un enfant est malade; bah! ça va se passer. La femme a des relevailles lentes; ce n'est rien, la faiblesse du sang. Et ainsi de suite. Ménageons quelques dollars de consultation, c'est ce qu'il y a de mieux à faire.

Cependant, si le médecin ne refusait pas les certificats de décès et se montrait au contraire désireux de les donner gratuitement, les patients s'habituerait à ne venir chercher ces certificats que du médecin seul, sachant qu'il ne peut pas certifier la cause de mort s'il n'a pas vu le malade. Cela fournirait plus d'une fois au médecin l'occasion d'essayer un traitement, et ce serait une porte d'entrée dans la famille.

Que de fois le père, sachant qu'il faudra un certificat du médecin, vous enverra chercher pendant la maladie.—“ Je pense bien docteur, que mon petit Paul, ou ma petite Jeanne, va mourir; j'aime mieux que vous les voyiez auparavant, à cause du certificat.” Si vous avez été appelé à temps, si vous guérissez le malade, voilà un client assuré.

Combien aussi de gens que vous connaissez, en cas de maladie, n'osent pas vous ignorer, sachant que si la maladie tournait mal, vous finiriez par tout savoir.

Ne pensez-vous pas qu'un pareil contrôle vaut bien la perte d'une légère rémunération.

Laissant de côté toute question d'intérêt personnel, que de services vous pourrez rendre lorsqu'il s'agit de maladie contagieuse, en provenant d'abord votre homme que toute sa famille est exposée, en lui indiquant ensuite les précautions à prendre, en le convainquant enfin que ce qu'il a de mieux à faire, s'il survient un nouveau cas, c'est de vous appeler. Si votre prédiction se réalise, il sera le premier à le faire.

La franchise et la fermeté, de la part du médecin, en imposent toujours au patient. C'est pourquoi nous croyons fermement que le médecin ne gagne rien à déguiser la vérité dans ses certificats, ni aux yeux du client, ni aux yeux des autorités religieuses ou civiles. C'est une grande responsabilité morale qu'il prend et qui peut avoir, en temps d'épidémie, et surtout à l'apparition d'un premier cas, des conséquences désastreuses. On ne peut pas non plus déguiser la cause d'un décès sans commettre un faux, et un faux ne peut jamais être reconnu par la loi.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

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

Rédacteur en chef: - Dr E. P. BENOIT

MONTREAL, JUIN 1898

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

ASSOCIATION MUTUELLE DES MÉDECINS.

COMMUNICATION.

M. le Rédacteur.

Je voyais, dans la "Clinique" du mois d'octobre dernier, que l'Association Médicale Américaine avait nommé un comité pour rechercher le meilleur moyen de former une Association Mutuelle de secours entre les Médecins, et que M. le Dr Beausoleil, il y a deux ou trois ans, avait tenté de former une assurance mutuelle des médecins dans notre province.

De telles associations existent dans d'autres pays, et en 1889, je me rappelle d'avoir saisi le Bureau des Gouverneurs d'une proposition semblable; mais la chose en est restée là. Il me semble qu'il nous serait pourtant bien facile de nous former en association mutuelle, sans qu'il nous en coûte beaucoup.

Que le Bureau des Gouverneurs prenne la chose en main, que tous les médecins enregistrés fassent partie de l'Association! Comment dira-t-on, va-t-on, à présent, nous forcer de nous faire assurer? Pourquoi pas. En serions-nous bien plus mal, si l'on pouvait laisser, à notre mort, un millier de piastres à nos héritiers. Le Bureau des Gouverneurs n'a-t-il pas le droit, et s'il ne l'a pas, ne peut-il l'obtenir, d'augmenter les honoraires pour le brevêt à l'étude et la licence? n'a-t-il pas le droit, ou ne peut-il l'obtenir, d'augmenter

aussi la contribution de chaque membre ? et que ne l'augmente-t-il pour pouvoir payer un mille piastres au décès de chacun. Je suis certain que personne ne trouvera à redire sur une telle mesure, et que tous s'y conformeront avec grand plaisir : c'est alors qu'on ne verra plus de négligents pour payer leur contribution.

Mais une contribution uniforme pour tous les médecins, les vieux comme les jeunes ! cela n'est pas juste. S'il ne s'agissait que des élus de l'avenir, va encore ; mais les vieux ! Oni c'est vrai, il n'y a pas d'égalité ; mais y en aurait-il eu plus dans le projet du Dr Beausoleil ?

Il voulait former un noyau de deux cents médecins, et à la mort de l'un d'eux, les autres auraient payé cinq piastres chacun. Sur ces deux cents médecins, il est tout probable qu'il y en aurait eu des vieux et des jeunes ; et quelle difficulté pour collecter les \$5.00 de chacun, à la mort de chaque membre de l'Association. Ce ne serait pas la même chose pour le Bureau des Gouverneurs, qui aurait l'argent tout collecté.

Pour obvier autant que possible, à cette inégalité, voici à peu près ce que je proposais, il y a neuf ans. Je voulais d'abord établir un fond, mettre une certaine somme en dépôt ; et pour cela, je proposais de fixer la première prime à payer par l'âge des membres. Par exemple, nous sommes à peu près treize cents médecins dans la province de Québec : supposons à présent que ces treize cents médecins soient divisés sous le rapport de l'âge, comme ceci :

de 21 à 25 ans	50	médecins	qui paieraient	\$25—\$	1250
de 25 à 30	150	“	“	30—	4500
de 30 à 35	250	“	“	35—	8750
de 35 à 40	250	“	“	40—	10000
de 40 à 45	200	“	“	45—	10000
de 45 à 50	150	“	“	50—	7500
de 50 à 55	100	“	“	55—	5500
de 55 à 60	75	“	“	60—	4500
de 60 à 65	50	“	“	65—	3250
de 65 à 70	25	“	“	70—	1750
<hr/>					
1300					<hr/> 57000

Cela formerait un capital d'au-dessus de \$50,000, et si l'on chargeait \$10 ou 12 de contribution par année, le Bureau serait en état de payer \$1000 au décès de chacun des membres.

Le Bureau d'Hygiène nous donne dix-huit morts et une fraction par mille personnes de tous âges, la mortalité chez les médecins, c'est-à-dire chez des hommes, qui ont traversé l'âge critique de l'enfance, ne doit pas aller plus qu'à onze ou douze par mille.

Et nous aurions là une véritable association mutuelle, la plus simple, la plus économique et la plus parfaite.

Dr. J. LIPPÉ.

St-Ambroise de Kildare.

LETTRE DU Dr A. DE MARTIGNY.

A monsieur le docteur Benoit,

Rédacteur de *L'Union Médicale*.

Monsieur le Rédacteur,

Dans la cinquième partie de votre *réponse au docteur Brosseau*, vous dites ce qui suit : " Vous voulez sans doute parler de monsieur Victor Rougier, importateur de produits pharmaceutiques français et propriétaire de " La Clinique." La comparaison, mon cher docteur, n'est pas juste. " La Clinique " est un journal d'annonces et tient avant tout à l'intérêt de la maison."

Je ne saurais, monsieur le rédacteur, laisser passer sous silence une pareille affirmation, car elle est tout à fait erronée, et je me vois forcé à me défendre contre une attaque aussi peu motivée que brusque et inattendue.

Et d'abord, monsieur le rédacteur, " La Clinique " n'est pas un "journal d'annonces" malgré ce que vous en dites. Il n'y a qu'à en parcourir les pages pour voir que c'est une revue sérieuse, scientifique et aussi utile et pratique qu'il est possible de l'être.

" La Clinique," monsieur le rédacteur, ne tient pas *avant* tout à l'intérêt de la maison, toujours comme vous le dites, car, de la dite maison, il n'est pas dit un seul mot dans la rédaction.

Et savez-vous pourquoi, monsieur le rédacteur ? C'est, ainsi que je croyais avoir eu le plaisir de vous l'expliquer, et comme il appert dans le contrat passé, par devant notaire, entre monsieur Victor Rougier et mon frère, contrat que je tiens à votre disposition, que " La Clinique " comprend deux parties absolument distinctes et indépendantes l'une de l'autre, à savoir :

1° L'administration, partie affaires, qui est la propriété de monsieur Victor Rougier.

2° La rédaction, partie scientifique, appartenant à mon frère qui, à l'exemple du docteur Lamarche, s'est nommé lui-même, non pas directeur-gérant, mais rédacteur, poste que je remplis en son absence le mieux que je peux.

Et voilà comment il se fait, cher docteur, que "La Clinique" n'est pas un journal d'annonces non plus que l'organe d'une maison de commerce, mais bien une revue scientifique, digne du nom et jouissant à la fois d'une prospérité financière enviable et d'une liberté d'allure complète.

Voilà, cher docteur, pour rétablir les faits.

Vous me permettrez bien aussi de vous faire remarquer combien est peu motivée une pareille attaque, au cours d'un débat auquel je n'ai rien à voir. Je ne vois aucun rapport entre le désir, bien légitime, de vous défendre contre le docteur Brosseau et le fait de jeter des pierres dans le jardin du paisible voisin que je suis.

Et vous qui estimez si haut votre titre de rédacteur, et qui sautez en l'air à la seule mention d'un comité de surveillance, vous comprendrez, je l'espère, que je n'ai pas pu vous voir froidement faire si bon marché de ce même titre porté par un confrère que, jusqu'alors, vous traitiez en ami, et à l'égard duquel vous n'aviez aucune raison de changer de conduite. Car, il faut bien vous en rendre compte. L'entre-filet, que j'ai cité plus haut, est plein de sous entendus fort désobligeants pour mon confrère et pour moi, sans compter mes collègues, les autres directeurs de "La Clinique," dont les noms honorables et respectés, figurent à côté du mien sur la couverture du journal.

Je suis prêt à admettre que vous n'avez pas songé à tout cela dans la fièvre de la discussion. Mais les abonnés de "L'Union" vous ont lu, et ont certainement tiré de vos paroles des conclusions fort préjudiciables pour "La Clinique" et c'est, je crois, une chose juste et raisonnable que de vous demander de réparer l'impression produite.

Et même, monsieur le rédacteur, si je ne croyais pas d'abuser de l'espace que vous pouvez m'accorder, je vous ferais la confidence des motifs qui m'ont décidé à ne rien écrire ni laisser écrire sur les élections.

Ces motifs ne sont pas des secrets, je les ai fait connaître à tous ceux qui ont eu occasion d'en causer avec moi, à commencer par l'habile chirurgien de l'Hôpital Notre-Dame.

Ce n'est certes pas dans le but de plaire à mes lecteurs, car (de

nombreuses lettres en font foi) ils eussent préféré de beaucoup que j'en parlasse. Mais j'étais insuffisamment renseigné. J'aurais, dès lors, commis des erreurs que l'on m'eût justement reprochées.

De même pour les articles de source étrangère, dont je n'aurais pu vérifier l'entière exactitude et dont, en fin de compte, j'aurais été plus ou moins responsable.

De plus la discussion dégénéra bien vite en arguments personnels, en accusations graves, toutes choses qui ne contribuèrent pas peu à m'en éloigner.

Dans les deux camps, car ce fut bientôt une guerre, il y avait des confrères que je respecte.

Dans ces conditions, et comme il n'y avait aucune nécessité, aucune utilité même, que "La Clinique" prit part à la discussion, puisque, sans compter "L'Union," il y avait "la Revue Médicale" de Québec, qui ouvrait ses colonnes à toutes les correspondances, je me suis abstenu, ayant conscience de ne nuire à personne et la satisfaction de ne pas prêter, en quelque sorte, la main à des attaques dirigées contre des confrères pour lesquels j'ai la plus grande estime.

Il me reste, monsieur le rédacteur, à vous remercier de votre hospitalité dont j'espère n'avoir pas trop abusé.

A. DE MARTIGNY.

4 Juin 1898.

LETTRE DU Dr A. T. BROSSEAU.

Montreal, 6 Juin 1898.

A M. J. B. A. LAMARCHE,

Directeur-gérant de "L'Union Médicale."

Monsieur le Directeur,

Vous m'écrivez que vous ne pouvez publier mon article en réponse à celui du Dr Benoit.

Réellement, M. le gérant, vous m'étonnez : par trois fois je vous ai demandé si vous publieriez une réponse, et toujours vous m'avez dit "oui certainement." Maintenant, après me l'avoir laissé écrire, vous m'en refusez l'insertion, ce n'est pas loyal.

En P. S. vous écrivez : "Tâchez donc de le changer."

Eh bien, je pousse la complaisance jusqu'à faire un *très court* résumé de mon premier article et vous demander de publier au moins cela.

1° Votre *jeune* rédacteur m'accuse de *cupidité*, de *vénalité*, c'est-à-dire de dévier de la ligne droite pour l'amour du salaire de secrétaire \$250.

Réponse.—L'école de Médecine vote pour "L'Union Médicale" une allocation de \$200 par année, ai-je jamais eu l'outrecuidance de vous accuser de sacrifier, pour cette allocation, votre indépendance de journaliste, cependant, votre rédacteur lui a cette audace envers moi, son vieux professeur dont il a si bien connu l'esprit de dévouement et de sacrifice.

2° Il dit encore que son oncle est "ma bête noire," il sait parfaitement que c'est le contraire qui est vrai, c'est lui qui me malmène. "J'ai voulu lui faire commettre des *erreurs*" tant à l'Hôpital Notre-Dame qu'à l'Université."

Réponse.—Tout ce que je demandais, en vain depuis dix ans dans l'intérêt de l'Hôpital Notre-Dame surtout, était si juste et raisonnable que ça été accordé l'hiver dernier.

3° "Vous ne pardonnez pas à sir W. Hingston d'être devenu chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu."

Réponse.—Je n'ai rien à dire à M. le Dr Hingston personnellement, à ce sujet.

Mais en homme de cœur, en patriote, je ne pardonne pas à ceux qui en avaient le pouvoir et le devoir de s'être laissé enlever ce qui leur appartenait si légitimement à l'Hôtel-Dieu—qu'en dites-vous lecteurs ?

Depuis la publication du dernier numéro de "L'Union" j'ai reçu plusieurs lettres qui qualifient la réponse de M. Benoit comme *injurieuse* et *calomniatrice* envers moi.

J'espère. M. le Directeur-gérant, que vous publierez ce court résumé de mon article que vous avez refusé, afin qu'au moins vos lecteurs sachent que je n'endure pas les insultes et les calomnies sans rien dire. Vous n'auriez pas du publier les lettres de MM. B. et S., de sorte que je n'aurais pas eu à répondre, mais dès lors que vous receviez l'accusation, vous êtes tenu en justice, de recevoir la défense. Soyez certain que cette vilaine discussion ne *s'éternisera* pas; pour ma part, si j'étais provoqué de nouveau, je répondrais autrement qu'avec ma plume; "il y a encore des juges à Montréal."

Votre,

Dr A. T. BROUSSEAU.

A M. le Dr A. T. BROUSSEAU.

Monsieur le Docteur,

Vous dites que "l'École de Médecine vote pour *L'Union Médicale* une allocation de \$200 par années." Permettez-moi de compléter cette vérité comme suit : De son côté *L'Union Médicale* vote à la Faculté de Médecine une *allocation* représentée : 1° par une annonce de \$80.00 (prix du tarif) ; 2° par trente ou quarante publications médicales qui restent la propriété de la dite Faculté ; 3° par les menues annonces dont le besoin se fait sentir au cours de l'année. Voilà, ce me semble, deux allocations qui se rapprochent passablement d'une transaction d'affaires.

J'ai refusé votre article, M. le Docteur, et j'en suis bien fâché ; j'ai cru que l'intérêt du journal exigeait ce refus. La discussion tourne aux personnalités, et ces personnalités font tache d'huile—ce qui ne peut intéresser que médiocrement nos lecteurs.

Votre bien dévoué,

J. B. A. LAMARCHE.

L'ASSEMBLÉE DES MÉDECINS AU MONUMENT NATIONAL.

Le 6 juin dernier, le secrétaire du Comité Electoral des Médecins et le secrétaire du Comité Electoral de la Société Médico-Chirurgicale invitaient les médecins de Montréal inscrits sur la liste du mouvement de réforme, à se réunir au Monument National pour entendre le rapport des deux comités et faire le choix des candidats de la ville aux prochaines élections du Bureau des Gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec. Plus de cent médecins répondirent à l'invitation et se réunirent le 9 juin, à 4 heures de l'après-midi, dans la salle des conférences.

Nous donnons à nos lecteurs le compte-rendu de cette assemblée.

Le Dr J. L. Leprohon est nommé président.

Les Drs Elder, secrétaire du comité anglais, et Benoit, secrétaire du comité canadien, sont nommés secrétaires conjoints.

Le président remercie en quelques mots l'assemblée de l'honneur qu'on lui fait. Il explique le but de l'assemblée et invite le président du comité canadien à faire rapport sur le travail accompli par son comité.

Le Dr E. P. Lachapelle, président du comité canadien, rappelle que la présente organisation électorale fut commencée au mois de janvier dernier. Au mois de décembre précédent, une pétition, demandant au gouvernement de Québec d'amender le mode d'élection des Gouverneurs du Collège, fut rejetée, grâce à l'opposition énergique exercée par certains officiers du Bureau actuel, malgré les promesses formelles déjà faites par ces mêmes officiers. C'est alors qu'un groupe de médecins, voyant qu'on n'avait rien à attendre du Bureau actuel, résolut de prendre l'initiative et d'organiser une campagne électorale afin de faire élire aux élections de juillet des candidats décidés à accorder à la profession ce qu'elle demande depuis longtemps, les élections par districts, ainsi que certaines réformes dans l'administration du Bureau. Une circulaire fut adressée le 1er février à tous les médecins de la province. Préparée à la hâte, elle ne portait qu'un nombre restreint de signatures. Mais les adhésions se firent bientôt nombreuses; l'organisation s'étendit à toute la Province, avec un comité à Québec, pour le district de Québec, un comité à Montréal, pour les districts de Montréal, Trois-Rivières et St-François, et des comités locaux dans presque tous les districts judiciaires.

Le Dr Lachapelle refute ensuite certains arguments qu'on a opposés au mouvement actuel. Il prouve clairement que les élections par districts judiciaires, au lieu de défranchiser les 4/5 des médecins, rendront au contraire plus facile l'élection des candidats. Ce qui défranchise les médecins, c'est le contrôle de la majorité des votes par deux ou trois médecins. Il fait voir que les professeurs des universités qui se sont occupés du mouvement actuel n'ont fait qu'user de leurs droits de médecins, et qu'ils ont agi dans tout cela avec désintéressement, dans l'intérêt général seul de la profession. La meilleure preuve qu'on puisse en donner, c'est que les universités n'éliront chacune que les deux gouverneurs que la loi leur accorde. Aucun professeur n'est candidat à l'élection, et ne désire l'être. Les gouverneurs éligibles devront être choisis parmi la profession en dehors des universités.

Le comité de son côté a agi avec désintéressement. Les membres qui le composent se sont occupés de l'organisation parce qu'ils avaient le temps et la volonté de le faire, et ils ont travaillé pour une cause, pour un principe, et non pas pour eux personnellement. Aucun des membres du comité n'a sollicité le suffrage de ses confrères. Au contraire, ils ont laissés les différents districts choisir leurs candidats, et ils demandent aujourd'hui aux médecins de Montréal de choisir les leurs. Ils n'ont pas de candidats à proposer.

De Dr Lachapelle énumère ensuite les différents points du programme : élection des médecins par districts, contrôle méthodique des finances, surveillance rigoureuse de l'octroi des brevets et des licences, protection plus étendue contre les charlatans. Il donne quelques explications sur chacun de ces points. Puis il résume en peu de mots le travail du comité.

Il y a dans la province de Québec 1,400 médecins. Si l'on met ensemble les procurations réunies par les comités de Québec et de Montréal, l'on arrive à un total de 805 procurations, soit une majorité absolue de 205. Les procurations se divisent comme suit : district de Québec, 178 ; districts de Montréal, de Trois-Rivières et de St-François, 397 ; procurations anglaises, 230. On peut espérer que cette majorité de 205 sera encore plus forte, puisqu'on est sûr, d'un côté, qu'il n'y aura pas 1,400 votes, et que, d'un autre côté, le comité reçoit encore tous les jours des procurations. Sur ces 805 médecins qui voteront pour la réforme, 600 se sont qualifiés jusqu'à aujourd'hui, et les 205 autres se qualifieront d'ici à la fin du mois.

Le Dr Lachapelle insiste avec énergie sur la nécessité absolue d'être présents en très grand nombre à l'assemblée du 13 juillet. Il y aura des questions très importantes de soulevées, et qui seront décidées, non par le vote des procurations, mais par le vote présent. Les médecins qui ont à cœur de voir réussir le mouvement actuel, de voir la profession reprendre le contrôle de ses propres affaires, devront se faire un point d'honneur, une obligation de laisser ce jour-là toute autre affaire, quelle que pressante qu'elle soit, de côté, et se rendre à bonne heure à l'assemblée pour y rester toute la journée et plus longtemps s'il le faut. Peut-être aussi l'assemblée sera-t-elle très courte. Mais il faut que tous les amis s'y rendent et soient prêts à seconder les chefs, c'est-à-dire les candidats.

Le choix de ces candidats est maintenant à peu près terminé. Les médecins des districts judiciaires suivants ont déjà choisi leurs candidats :

District judiciaire de Bedford ; Dr Cotton, de Cowansville.

District judiciaire de Joliette ; Dr Boulet, de Joliette.

District judiciaire de Montréal ; Dr Cypphot, de Ste-Cunégonde.

District judiciaire d'Ottawa ; Dr Quirk, d'Aylmer.

Les districts judiciaires de Beauharnois, d'Iberville, de Richelieu et de St-Hyacinthe sont à s'organiser et doivent nommer leur candidat dans quelques jours. Le comité n'a pas encore de nouvelles du district de Terrebonne.

Le Dr Lachapelle explique alors quelle sera la distribution des

candidats dans la ville de Montréal. La ville a droit à 12 candidats; 6 sont élus par les universités, 2 pour McGill, 2 pour Bishop, 2 pour Laval, ce qui donne 4 gouverneurs anglais et 2 canadiens. Il reste donc 6 gouverneurs à être élus par la profession. Pour choisir ces gouverneurs en tenant compte de la proportion entre la population anglaise et la population canadienne, il est entendu qu'un candidat sera choisi par les médecins anglais et 5 par les médecins canadiens. De cette manière, la représentation de la ville de Montréal sera composée de 12 gouverneurs, dont 5 de langue anglaise et 7 de langue française. Il est entendu aussi, pour faciliter le choix des candidats, que les médecins anglais choisiront seuls leur candidat, et que les médecins canadiens choisiront seuls les leurs. Mais à l'élection du 13 juillet, chaque candidat aura l'appui des votes contrôlés et par le comité anglais, et par les comités canadiens.

Le rapport du Dr Lachapelle est reçu par des applaudissements prolongés.

Le président invite alors le Dr Armstrong à faire rapport au nom du comité anglais.

Le Dr Armstrong, président du comité nommé par la Société Médico-Chirurgicale, donne alors le rapport du travail accompli par son comité. Les médecins anglais ont constaté eux aussi, qu'il est devenu urgent de modifier le Bureau actuel des Gouverneurs, afin d'obtenir les réformes demandées par la profession. Le système d'élection par procurations a prêté à de nombreux abus. Pour ce qui s'agit de la tenue des livres du Collège, les difficultés nombreuses éprouvées par le comité dans l'obtention des renseignements nécessaires, les erreurs considérables qui existent au sujet des comptes des médecins tendent à prouver que ces livres sont au moins fort mal tenus, et que ce que l'on a écrit à ce sujet n'était pas exagéré. C'est un fait connu qu'on a accordé la licence de la province dans certains cas avec trop de libéralité, et la protection contre les charlatans est une mesure qui s'impose.

À propos de la prétention que le vote par districts est de nature à défranchiser 75 pour cent des médecins, le Dr Armstrong cite l'exemple d'Ontario, où ce système de votation par district est en vigueur. D'après les rapports officiels du Registrateur médical du Collège d'Ontario, officier indépendant et non électif, le pourcentage des votes donnés par les médecins dans les divers districts de la Province est de 95 à 100 pour cent. Ici, dans la province de Québec, avec le système de procurations, le plus grand nombre de votes donnés à une élection a été de 350 sur 1,400 médecins. Ceci prouve

que les médecins de cette province s'abstiennent de voter pour des candidats qu'ils n'ont pas choisis et que souvent même ils ne connaissent pas.

Le Dr Armstrong explique ensuite que, sur 360 médecins anglais qu'il y a dans la province, le comité a reçu 230 procurations, ce qui lui donne non seulement la majorité totale absolue, mais encore la majorité du vote anglais dans tous les districts. Les trois quarts de ces médecins sont qualifiés ; le reste le sera avant la fin du mois.

Le Dr Armstrong concourt entièrement dans le partage des candidats tel qu'exposé par le Dr Lachapelle, ainsi que dans la manière de faire le choix de ces candidats. Il insiste fortement, en terminant, pour que tous les médecins en faveur du mouvement de réforme prennent congé le 13 juillet prochain, laissent de côté toute autre affaire professionnelle, afin d'être présent à l'assemblée du commencement à la fin sans broncher. L'assemblée peut être très courte, elle peut aussi durer très longtemps ; mais comme certaines questions très importantes seront présentées à l'assemblée, et que ces questions seront réglées, non pas par les procurations, mais par le vote présent, il faut que tous les amis de la bonne cause se fassent un devoir d'être présents pour voter.

Les remarques du Dr Armstrong sont très applaudies. Puis le président passe à l'ordre du jour, c'est-à-dire au choix des candidats.

Sur proposition du Dr Armstrong, MM. les Drs McCarty et Wyatt-Johnston sont nommés scrutateurs. Aucun vote n'est pris cependant, la candidature de M. le Dr John A. MacDonald ayant été acceptée à l'unanimité par tous les médecins anglais présents.

Le président appelle alors le choix des candidats canadiens. Les Drs A. Joyal et J. D. Gauthier sont nommés scrutateurs.

Les médecins dont les noms suivent sont proposés comme candidats, et inscrits au tableau : MM. les Drs G. Archambault, G. E. Baril, A. Brodeur, L. J. V. Cléroux, J. I. Desroches, S. Girard, G. E. Larin, A. R. Marsolais.

Après ballottage au bulletin secret, les cinq médecins suivants sont élus candidats : MM. les Drs Cléroux, Marsolais, Desroches, Girard et Baril.

La proclamation des noms des candidats élus est reçue par de nombreux applaudissements.

Sir William Hingston propose un vote de remerciements au Dr Leprohon pour la courtoisie et l'impartialité avec lesquelles il a présidé la séance. Il regrette que l'assemblée n'ait pas songé à nommer le Dr Leprohon candidat, mais il est certain que ceci résulte d'un

oubli, d'une faute d'inattention plutôt que de la mauvaise volonté. Ce vote de remerciements est secondé à l'unanimité.

Le Dr Leprohon remercie sir William Hingston de ses bonnes paroles. Il assure l'assemblée qu'il n'a aucune ambition personnelle. Il assistait, en 1846, à l'assemblée où fut fondé le premier Bureau Provincial des Médecins. Il est heureux d'avoir pu, en 1898, présider cette assemblée de médecins convoquée dans le but de réformer le Bureau actuel des Gouverneurs.

A six heures p. m., la séance est levée, sans autre discussion.

LA POSITION DE RÉGISTRAIRE.

Nos lecteurs ont dû lire, dans le numéro de mai du *Montreal Medical Journal*, un excellent article intitulé : " L'enregistrement considéré comme un art." L'auteur y démontre que, dans une corporation aussi importante que le Collège des Médecins, c'est une erreur et un danger de confier la position de registraire à l'un des membres électifs du Bureau, parce qu'il devient alors l'un des principaux intéressés dans le résultat des élections triennales, et qu'il peut exercer un contrôle énorme non seulement sur la qualification des voteurs, mais encore sur l'enregistrement même des votes.

Nous concourons pleinement dans cette manière de voir. La loi médicale actuelle donne des pouvoirs très grands au registraire. Sa signature fait preuve, *prima facie*, devant les tribunaux, de l'inscription du médecin au registre provincial, et par conséquent de son droit aux privilèges professionnels. Bien plus, les reçus de contributions sont délivrés, non pas au nom du trésorier, mais à celui du registraire, et là encore la signature de cet officier établit le droit du médecin à voter. Le registraire a le contrôle à peu près exclusif des certificats professionnels.

On comprend facilement, dans ces conditions, l'influence énorme que le registraire peut exercer. Personne, dans le Bureau des Gouverneurs, n'est mieux renseigné que lui ; c'est à lui qu'il faut s'adresser pour tout ce qui regarde les membres de la profession. De plus, rien ne peut se faire sans son concours, puisque le moindre document médical doit porter sa signature. Cette formalité s'étend si loin, qu'elle comprend même le vote donné à l'élection triennale, et que toute procuration doit être enregistrée par lui.

Il est évident que l'officier du Bureau qui possède des pouvoirs si considérables, un contrôle si étendu, devrait occuper une position

exceptionnelle. Cet officier ne devrait pas être électif; on devrait, comme dans la province d'Ontario, le faire nommer par le Bureau des Gouverneurs, lui donner un bon salaire, et le rendre indépendant de tout parti, de toute coterie. Il n'aurait alors qu'un intérêt: remplir exclusivement les charges de sa position, et qu'un devoir: rendre justice à tout le monde impartialement. La chose lui serait d'autant plus facile que sa position serait à l'abri des conflits et des changements de pouvoir.

ASSOCIATION MÉDICALE DU DISTRICT D'IBERVILLE.

L'Association Médico-Chirurgicale du district d'Iberville et des environs, semble vouloir revivre, s'il faut en juger par l'activité peu accoutumée qui règne depuis quelque temps parmi les médecins de cette localité.

Lundi, le 16 mai dernier, une assemblée était convoquée par M. le Dr E. M. Chevalier. Le Dr H. Moreau étant nommé président, et MM. les Drs Hébert et Sabourin comme secrétaire et trésorier, on procéda aux affaires de routine, et l'assemblée fut ajournée.

Le 21 mai, une autre assemblée avait lieu à St-Jacques le Mineur, à la résidence de M. le Dr Guérin, qui, soit dit en passant, fit les choses princièrement.

Étaient présents à ces deux assemblées: MM. les Drs Moreau, Chevalier, Godin, Paquette, Tassé, Brosseau, Guérin, Hébert, (St-Valentin), Rochette, Derome, Sabourin, Bouthillier, Dupuis et Chagnon.

Le but de l'association est:

(a). De fournir aux membres de la profession l'occasion de mieux se connaître et s'apprécier par des assemblées qui auraient lieu à différentes époques de l'année.

(b). S'instruire mutuellement par des discussions scientifiques, produites par les membres de l'association ou des confrères invités.

(c). Voir à ce que l'étiquette professionnelle, qui s'impose à tous les membres d'une même profession, soit mise en pratique par les médecins du district.

(d). Se tenir régulièrement au courant des questions qui intéressent la profession en général.

Une autre assemblée sera tenue à St-Jean, le 16 courant, où tous les médecins du district sont invités, dans le but d'étudier les différentes questions qui agitent le monde médical de notre province et prendre une décision à propos des prochaines élections.

N. A. SABOURIN. M. D.,

Sec.

BIBLIOGRAPHIES

F. LABADIE-LAGRAVE, F. LEGUEU.—*Traité médico-chirurgical de Gynécologie.*

Les maladies de la femme requièrent tous les jours du médecin des connaissances spéciales assez étendues pour lui permettre d'en préciser le diagnostic.

Dans l'exercice de la médecine, à côté des grandes opérations, que, seul le chirurgien est à même de pratiquer, il est différentes manœuvres que doit savoir exécuter le praticien un peu exercé et soucieux d'apporter une assistance éclairée aux malades atteintes des affections des organes génitaux.

Il doit connaître en même temps les méthodes de traitement les plus actives et les plus sûres afin de pouvoir intervenir lui-même avec succès ou au moins conseiller une intervention précoce.

Il doit aussi savoir pratiquer sûrement l'anesthésie et faire rigoureusement l'asepsie et les pansements spéciaux.

Les maladies de l'appareil génital de la femme intéressent à la fois le médecin et le chirurgien, elles ont besoin de leur concours associé.

Le *Traité Médico-chirurgical de Gynécologie*, comme l'indique son titre, a pour but de consolider cette union intime qui doit exister entre le médecin et le chirurgien.

Ce *Traité* présente un très grand intérêt au point de vue des éléments d'étude considérables qu'il renferme et des nouveautés scientifiques qu'il contient ; il est en même temps d'une lecture facile et attrayante, grâce aux nombreuses figures, la plupart originales, qu'il nous donne.

Le livre de MM. Labadie-Lagrave et Legueu est divisé d'après les conceptions scientifiques les plus modernes de la pathologie générale. La classification qu'ils ont adoptée permet mieux que toute autre de montrer comment les maladies de l'appareil génital de la femme sont régies et gouvernées par les mêmes lois que les maladies des autres appareils et par quelle différence elles s'en distinguent.

Au point de vue de la Thérapeutique générale, les auteurs décrivent avec soin les modes de traitement les plus nouveaux, entre autres le traitement hydro-minéral, le traitement hydro-thérapique des affections gynécologiques, les injections salines, l'opothérapie, etc.

Quand il s'agit d'opérations chirurgicales, les procédés les plus récents et les plus importants sont décrits d'une façon très précise et très détaillée, tout en étant accompagnés d'une étude des résultats éloignés et des indications de ces opérations.

Un grand nombre d'affections que l'on ne trouve pas décrites dans la plupart des ouvrages classiques, font le sujet de plusieurs

chapitres, telle que la leucoplasie vulvo-vaginale, le kraurosis vulvæ, les kystes hydatiques pelviens, l'urétrocèle, la reconstruction de l'urètre, l'insuffisance urétrale, etc.

Dans le groupe des infections, l'on voit placée à côté de la blennorrhagie, l'infection puerpérale, qui se retrouve presque toujours à l'origine des inflammations de l'utérus et des annexes.

Les auteurs présentent une étude d'ensemble des septicémies péritonéales, des occlusions intestinales, des hémorragies, des fistules, des éventrations, des délires post-opératoires et des troubles consécutifs à la castration.

Dans le groupe des tumeurs, ils ont consacré des développements étendus aux questions d'actualité, telles que les tumeurs utéro-placentaire, la môle hydatiforme, la structure et la pathogénie des fibromes, les sarcômes de l'utérus, etc.

Enfin, ils ont apporté une attention toute particulière à l'étude des relations pathologiques de l'appareil génital et de l'appareil urinaire de la femme.—MARIEN.

GRANCHER, COMBY et MARFAN.—*Traité des Maladies de l'Enfance*, publié sous la direction de MM. J. GRANCHER, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine, médecin de l'Hôpital des Enfants Malades, J. COMBY, médecin de l'Hôpital des Enfants Malades, A. B. MARFAN, agrégé, médecin des hôpitaux.—5 volumes in-8^o de 800 pages. Paris, MASSON et CIE, Editeurs, libraires de l'Académie de Médecine, 120, Boulevard St-Germain, 1898.—Tome IV.

Nous avons reçu ce volume il y a quelque temps, mais, par une erreur regrettable, la bibliographie a été omise dans la dernière livraison. Le volume est entièrement consacré aux affections de l'appareil respiratoire et à celles du système nerveux. C'est dire tout de suite que c'est un des plus importants de la série. Tout le monde voudra lire les chapitres sur les broncho-pneumonies et les méningites, et certaines pages nouvelles, comme celles sur la mort apparente des nouveau-nés, intéresseront vivement les lecteurs.

Nous donnons le total des matières du tome IV.—APPAREIL RESPIRATOIRE. Bronchites aiguës (Queyrat), bronchites chroniques (Comby), pneumonie franche (Comby), spléno-pneumonie (Queyrat), congestion pulmonaire (Comby), broncho-pneumonie (Comby), gangrène pulmonaire (Renault), emphysème pulmonaire (Marfan), mort apparente du nouveau-né (Demelin), tuberculose pulmonaire (Zuber), adénopathie trachéo-bronchique (Zuber), micro-polyadénie périphérique (Potier), maladies de la plèvre (Netter).—SYSTÈME NERVEUX, méningites aiguës et méningisme (Florand), méningite cérébro-spinale épidémique (Florand), méningite tuberculeuse (Marfan), phlébite et thrombose des sinus de la dure-mère (Marfan), méningites chroniques (Marfan), hémorragies méningées (Marfan), céphalématome (Demelin), abcès intra-craniens (Broca), scléroses cérébrales (Richardière), scléroses en plaques (Comby), paralysie générale (Moussous), tumeurs cérébrales (Moussous), idiotie (Chaslin), épi-

lepsié (Chaslin), hydrocéphalie (D'Astros), spina-bifida (Piéchaud), tumeurs et compression de la moëlle (Simon), maladie de Little (Simon), convulsions (Simon), maladie de Friedreich (Moussou), maladie de Thomsen (Déléage), amyotrophies chroniques progressives (Hanshalter), paralysie infantile (Hanshalter), terreurs nocturnes (Moizard), Hystérie (St-Philippe), tétanie (Eschérieh), chorée (Leroux), maladie de Bergeron (Bézy), paralysie faciale (Bézy), paralysie douloureuse des jeunes enfants (Bézy), paralysies obstétricales des nouveau-nés (Comby).

Le volume contient un certain nombre d'illustrations.—E. P. B.

A. LE DENTU.—*Traité de Chirurgie clinique et opératoire*, par A. LE DENTU, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et Pierre DELBET, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, avec la collaboration de MM. Albarran, Arrou, Binaud, Brodier, Cahier, Castex, Chipault, Faure, Gangolphe, Guinard, Jaboulay, Legueu, Lubet-Barbon, Lyot, Mauclair, Morestin, Nimier, Pichevin, Ricard, Rieffel, Rollet, Schwartz, Sebileau, Souligoux, Terzon, Villar. 10 vol. in-8 de 800 pages chacun illustrés de figures. Prix de chaque volume 12 fr.

TOME VI.—Bouche, pharynx, œsophage, larynx, trachée, corps thyroïde, cou, poitrine.

Les *maladies de la bouche, du pharynx et des glandes salivaires* sont traitées en 400 pages par M. MORESTIN : il traite successivement des maladies inflammatoires, de la tuberculose, de la syphilis, des supurations, des tumeurs et des traumatismes de la bouche et du pharynx, puis des fistules, des calculs, des inflammations et des tumeurs des glandes salivaires, enfin des tumeurs de la glande sous-maxillaire.

M. GANGOLPHE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, traite des *maladies de l'œsophage* : vices de conformation, dilatation, œsophagisme, paralysie, ruptures spontanées, varices, maladies infectieuses et parasitaires, lésions inflammatoires, plaies, corps étrangers, rétrécissements cicatriciels, néoplasmes.

M. LUBET-BARBON s'est chargé des *maladies du larynx et de la trachée*, traumatismes, maladies inflammatoires et tumeurs.

M. LYOT traite des *maladies du corps thyroïde* et en particulier des goîtres.

Les *maladies du cou* sont exposées par M. ARROU : lésions traumatiques, plaies, lésions inflammatoires, maladies des ganglions, tumeurs, torticolis.

Enfin le volume se termine par une importante monographie de M. SOULIGOUX sur les *Affections chirurgicales de la poitrine* : malformations congénitales et traumatismes du thorax, fractures et luxations des côtes et du sternum, plaies de poitrine, phlegmon et abcès de la poitrine, tumeurs, hernie du poumon.

Le choix des auteurs seul indique avec quel soin est dirigé le *Traité de chirurgie clinique et opératoire*. Le souci des indications et des procédés thérapeutiques, qui est un des caractéristiques de ce *Traité*, se retrouve à un haut degré dans chaque volume, et l'œuvre garde son caractère pratique qui, au début, a fait son grand succès.