

## Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

Pagination continue.

- Coloured pages / Pages de couleur
- Pages damaged / Pages endommagées
- Pages restored and/or laminated /  
Pages restaurées et/ou pelliculées
- Pages discoloured, stained or foxed/  
Pages décolorées, tachetées ou piquées
- Pages detached / Pages détachées
- Showthrough / Transparence
- Quality of print varies /  
Qualité inégale de l'impression
- Includes supplementary materials /  
Comprend du matériel supplémentaire
  
- Blank leaves added during restorations may  
appear within the text. Whenever possible, these  
have been omitted from scanning / Il se peut que  
certaines pages blanches ajoutées lors d'une  
restauration apparaissent dans le texte, mais,  
lorsque cela était possible, ces pages n'ont pas  
été numérisées.

# TRAVAUX ORIGINAUX.

## CLINIQUE CHIRURGICALE.

HÔPITAL NOTRE-DAME—M. EROSSEAU.

### Maladies du testicule; diagnostic et traitement.

Messieurs,—Nous avons eu depuis quelques mois, dans les salles de cet hôpital, cinq cas de maladies graves du testicule.

Deux ont subi la castration, deux sont encore sous traitement mais en pleine voie de guérison, et un est mort.

Cette série d'affections du testicule dans un court espace de temps démontre que ces maladies sont fréquentes, et vous savez qu'elles sont graves. L'occasion est donc propice, et j'en profite pour vous faire une leçon clinique sur ces affections.

Il est admis que le diagnostic des tumeurs du testicule est très difficile. Pour arriver à faire un diagnostic correct il est de la plus haute importance de se bien faire raconter *l'histoire du cas*: y a-t-il eu maladies vénériennes chez le patient? y a-t-il eu maladies cancéreuses chez les parents? ces derniers sont-ils tuberculeux? etc.

En questionnant ainsi méthodiquement le malade sur l'origine, les causes, la marche de l'affection du testicule, il est possible, sinon facile d'arriver à un diagnostic *probable*.

Dans le diagnostic des maladies en général, il existe souvent, dans notre esprit, des doutes, si ce n'est sur l'ensemble de la maladie elle-même, au moins sur sa gravité, son intensité, sa nature, etc. Ces doutes sont des plus fréquents quand il s'agit des affections du testicule.

Le premier point que le chirurgien ait à élucider, c'est de savoir si la tumeur vient de la cavité abdominale ou bien si elle s'est développée dans le testicule même. Il est donc très important de bien examiner le canal inguinal afin de s'assurer s'il est libre, et si le sommet de la tumeur peut être isolé de l'abdomen entre le pouce et l'index. Si le canal est libre, la tumeur facile à circonscrire, il est certain alors que celle-ci a originé dans le scrotum, puisqu'une tumeur abdominale ne saurait y descendre sans passer par le canal inguinal.

Cette distinction étant faite, il faut que le chirurgien s'occupe de l'espèce de tumeur qu'il a à traiter.

Est-ce un hydrocèle ou un hématocele? Est-ce un produit d'inflammation, ou un néoplasme? Supposant ce dernier cas, ce produit est-il de nature bénigne ou maligne?

Voici quelques symptômes considérés comme caractéristiques, sinon pathognomoniques des diverses tumeurs du testicule.

La transparence est le signe pathognomonique de l'*hydrocèle*.

L'hématocèle est caractérisé par sa cause traumatique, sa soudaineté, sa consistance, qui est molle d'abord puis s'affermi graduellement.

L'épididymite blennorrhagique est clairement indiquée par sa cause, la rapidité de son développement, sa forme ovulaire, aplatie, la douleur excessive au palper, etc.

Le testicule syphilitique est précédé ou accompagné d'autres accidents syphilitiques; il se développe toujours dans la substance même du testicule, tandis que le tubercule, lui, envahit d'abord l'épididyme. Marche chronique—se termine rarement par suppuration. Curable par l'iodure de potassium, qui, dans un cas de doute, devra toujours être essayé avant d'opérer; c'est la pierre de touche.

Le testicule tuberculeux présente des bosselures allongées, il origine dans l'épididyme; inflammation, ramollissement, puis adhérence à la peau du scrotum; il y a envahissement de la prostate et tuberculisation générale.

Le sarcome se présente sous l'aspect d'une tumeur lisse, indolente, très lourde. La ponction exploratrice donne un liquide muco-sanguin.

Le cancer du testicule appartient le plus souvent à la variété encéphaloïde, il origine dans le testicule même; il est bosselé et présente des points durs et des points ramollis; développement rapide, engorgement des ganglions iliaques et lombaires, amaigrissement, cachexie.

Les kystes spermaticques fournissent à la ponction un liquide contenant des spermatozoaires.

Venons en maintenant à l'examen clinique de nos cinq malades.

OBSERVATION I.—J. F., âgé de 30 ans, marié depuis dix-huit mois, père d'un enfant, n'a jamais fait de travaux pénibles; a eu une syphilis ordinaire, il y a une dizaine d'années. Il a souffert, depuis quelques années, de douleurs rhumatismales internes, ce qui lui a fait prendre l'habitude de la morphine.

F., est entré à l'hôpital Notre-Dame le 27 juin dernier; cinq ou six semaines avant son entrée, il avait subi l'ablation du testicule gauche pour une tumeur qui avait pris plusieurs mois à se développer. Cette opération a été pratiquée aux Etats Unis; le chirurgien avait diagnostiqué un cancer et avait même dit au patient que l'examen histologique de la pièce avait confirmé son diagnostic clinique.

Messieurs, je mets en doute l'exactitude de ces diagnostics. Disséquons un peu ce sujet.

F., est entré à l'hôpital d'après l'avis d'un jeune médecin de cette ville qui lui dit que son autre testicule est pris de cancer, et que la castration est urgente. Le gonflement de ce testicule ne date que de quinze jours seulement; il n'y a que cinq semaines que le testicule droit a été enlevé. Le chirurgien qui est chargé de faire la castration me demande d'examiner ce malade et de lui donner mon opinion, ce que je fais incontinent.

Le malade me raconte son histoire dans tous ses détails, avec lucidité et précision, Ses antécédents syphilitiques me frappent et attirent tout particulièrement mon attention.

Le traitement anti-syphilitique n'a pas été régulièrement institué dans le temps. J'arrive à la conclusion que l'affection pourrait bien être de nature syphilitique, et qu'avant d'en venir à la castration, il est de mon devoir et de saine pratique de mettre en jeu la pierre de touche de la syphilis avancée, l'iodure de potassium à fortes doses.

Mon confrère conçut aussi lui des doutes sur le premier diagnostic et se rendit bien volontiers à mon opinion.

Je n'ai pas besoin de vous décrire la joie de notre patient lorsque nous lui annonçâmes notre décision ; car sa plus grande peine était de s'être marié dans de telles conditions et d'avoir entraîné une jeune femme innocente dans son malheur.

F., a de suite été soumis à l'iode de potassium, le testicule étant comprimé avec des bandelettes d'emplâtre de Vigo.

L'amélioration s'est faite régulièrement. Le patient est sorti de l'hôpital vers la fin de juillet, beaucoup mieux dans son état constitutionnel, et avec un testicule presque revenu à son état normal.

La conclusion à tirer de ce cas, c'est que quand il y a la moindre probabilité que la tumeur soit de nature syphilitique, il est de saine pratique de faire suivre un cours d'iode de potassium avant de pratiquer la castration.

OBSERVATION II.—P. B., âgé de 47 ans, menuisier, entre à l'hôpital Notre-Dame le 10 septembre et en sort le 26 du même mois, mais il continue à s'y faire soigner comme patient du dehors.

*Historique.*—Marié depuis 28 ans, père de sept enfants ; grand, maigre, pâle, très anémique, abattu.

Il se plaint d'une maladie du testicule, son état l'inquiète beaucoup ; il a subi l'ablation du testicule droit en novembre 1882, dans un hôpital de cette ville. Une hémorrhagie secondaire abondante a failli l'emporter.

P. B., a eu un chancre unique, il y a sept à huit ans, avec adénites concomitantes multiples qui n'ont pas suppuré ; plus tard, mal à la gorge, taches sur le corps, en un mot la syphilis.

On trouve encore aujourd'hui une induration en arrière de la couronne du gland, là où était le chancre infectant. Le testicule qui lui reste est pris de la même maladie que celui qui a été enlevé ; il est doublé de volume, dur, résistant, à surface irrégulière ; le cordon est sain, les ganglions de l'aîne un peu indurés.

Pas d'hérédité cancéreuse dans sa famille. Le malade présente de plus un gonflement volumineux et résistant au pouce gauche, un autre près de la tête du péroné gauche. Nous prenons ces diverses lésions pour des gommés syphilitiques multiples qui proviennent toutes du chancre infectant.

Si nous voulons en avoir une preuve plus grande encore, donnons-lui l'iode de potassium à hautes doses, et nous guérirons non seulement le testicule mais aussi les gommés du pouce et du péroné. C'est ce qui a été fait.

Ce malade a pris l'iode de potassium à la dose de quinze grains. après chaque repas. Ce traitement ayant été suivi depuis deux mois, le malade est aujourd'hui presque guéri.

Dès les premières doses nous avons constaté une amélioration sensible dans la maladie.

Ce même remède aurait, sans doute, produit le même effet sur le premier testicule malade, et il n'y aurait pas eu lieu de faire la castration.

Cela prouve une fois de plus que quand il y a même soupçon de syphilis, on doit essayer l'iode de potassium avant d'opérer.

Messieurs, vous avez examiné ce malade plusieurs fois, et vous avez constaté son amélioration rapide ; que cette observation vous soit utile dans l'avenir.

OBSERVATION III.—R., âgé de 30 ans, est venu ici à la consultation et s'est ensuite retiré dans sa famille, a eu des blennorrhagies; mais jamais de chancres.

R., se plaignait d'une enflure au testicule droit datant de plusieurs mois, lorsqu'il est venu consulter vers le mi-juillet 1883. L'examen du testicule, l'histoire du cas, une blennorrhée, etc., me firent penser à une orchite chronique, c'est pourquoi je prescrivis les iodures à l'intérieur et les fondants localement, emplâtre de Vigo, etc.

A un deuxième examen, quinze jours après le premier, l'affection du testicule n'ayant pas changé, j'examinai bien et soigneusement le cordon spermatique et les fosses inguinale et iliaque. Je découvris dans cette dernière un ganglion *tuméfié et douloureux*, le cordon aussi était tuméfié et douloureux. Cette complication m'a de suite fait penser que je pourrais bien avoir affaire à un *cancer du testicule*.

Les examens subséquents ne firent qu'affermir mes soupçons et mes craintes; je proposai au malade (qui était alors retenu à la maison, et à sa famille une consultation avec un confrère; mon diagnostic fut confirmé par le médecin consultant.

Durant le cours de la maladie qui s'est terminée fatalement vers la mi-septembre, il est survenu une infection cancéreuse des ganglions iliaques lombaires, une tumeur volumineuse formée par ces derniers ganglions et sise au côté droit de la colonne vertébrale, près de l'ombilic, gênait beaucoup le fonctionnement des intestins et déterminait des vomissements incoercibles. Durant une quinzaine de jours le malade n'a pu prendre qu'une très petite quantité de nourriture liquide; il en est résulté un amaigrissement effrayant; cependant, l'amaigrissement a été si rapide et si prononcé, que je ne l'attribue pas seulement aux vomissements, mais je le considère aussi comme un *signe diagnostique* très important du cancer en général. R., a certainement perdu de 50 à 60 livres durant ses six semaines de séjour au lit.

A l'autopsie, j'ai trouvé les ganglions iliaques et lombaires dans un état de ramollissement avancé. Je vous prie, Messieurs, de remarquer que si j'ai pu me prononcer dès mon second examen sur la nature de l'affection du testicule, c'est que j'ai découvert, dès lors, que les ganglions iliaques et lombaires qui reçoivent les lymphatiques du testicule étaient déjà enrahis. Vous savez que la seconde période du cancer, en général, est caractérisée par l'infection ganglionnaire. Examinez donc toujours avec soin, quand vous soupçonnez une affection cancéreuse, les ganglions dans lesquels se jettent les lymphatiques de la partie affectée.

OBSERVATION IV.—J. L., campagnard, 24 ans, marié, entre à l'hôpital le 13 septembre.

Il se plaint d'une maladie du testicule; n'a jamais eu de maladies vénériennes; a été traité depuis quelques mois pour une orchite simple. Ce malade est pâle, affaibli, inquiet. Les progrès rapides de la maladie l'ont engagé à venir consulter à cet hôpital. Il a beaucoup les apparences d'un tuberculeux, quoique ses poumons n'offrent rien de bien inquiétant; il prétend que la tuberculose n'existe pas dans sa famille.

*Examen du testicule:* épididyme gonflé, bosselé, ramolli, douloureux. Il est évident qu'il y a un commencement de suppuration.

Le cordon spermatique est légèrement tuméfié, les ganglions paraissent sains, intacts.

Les progrès rapides de la maladie, les souffrances qu'elle occasionne, l'état débile du patient nous induisent à opérer sans retard, quoique nous soyons bien convaincus que nous avons affaire à un testicule tuberculeux. Le malade est anesthésié et la castration pratiquée.

Les artères du cordon sont liées séparément : pas d'hémorrhagie secondaire.

Examen de la pièce : un abcès circonscrit à la tête et un autre à la queue de l'épididyme. Le testicule lui-même est gonflé, ramolli. J. L., laisse l'hôpital le 25 septembre, en pleine convalescence ; cependant il n'y aurait rien de surprenant de le voir revenir avec une tuberculisation de l'autre testicule, de la prostate, des poumons, etc. Les raisons pour lesquelles nous nous sommes décidés à faire la castration, sont l'état de suppuration de l'organe qui le rendait impropre à son travail physiologique, puis aussi dans le but de mettre fin aux souffrances et à l'anxiété du patient. En un mot, nous l'avons opéré pour les mêmes raisons pour lesquelles on opère d'une fistule anale un phthisique peu avancé, c'est à-dire afin d'amener la suppression de la suppuration et des souffrances.

OBSERVATION V. — J. T., âgé de 30 ans, marié, entré à l'hôpital Notre-Dame le 25 octobre, sorti le 5 novembre 1883.

*Historique.*—Son testicule droit a commencé à enfler il y a douze mois ; il remarque qu'il est extrêmement dur et lourd ; est obligé de porter un suspensoir. Il consulte un médecin qui lui prescrit des fondants, puis la compression, etc. Aucune amélioration ne se manifeste ; au contraire, le testicule grossit incessamment.

Examen lors de son entrée, le 25 octobre :

Testicule énorme, gros comme la tête d'un enfant naissant ; consistance très ferme, surface unie, lisse ; pas douloureux du tout. Le cordon spermatique parfaitement sain, pas de ganglions indurés.

J. T., est exempt de toute mauvaise diathèse, n'a jamais été malade.

Je diagnostique un *sarcome bénin*. Je dis au patient qu'il peut attendre encore avant de se faire opérer. Mais il insiste pour que l'opération soit faite de suite, parceque la pesanteur de l'organe lui cause de forts tiraillements, et que de plus, il a honte de paraître ainsi devant ses clients. (J. T., tient un magasin de chaussures.)

Je me rends à ses désirs et pratique la castration, liant les artères séparément. Le malade reste une dizaine de jours à l'hôpital ; pansement, compression d'eau phéniquée au 40<sup>e</sup>.

J'ai revu ce patient, tout va bien, il peut travailler.

## Considérations générales sur les dyspepsies ; (1)

par J. I. DESROCHES, M. D., Montréal.

Lorsque nous nous recueillons en face des fonctions de l'organisme des êtres, celle qui nous frappe le plus et qui prime toutes les autres, c'est la digestion. Elle préside, en souveraine, au développement et au fonctionnement de la vie animale. L'homme, le roi des êtres créés, d'homme pour qui la nature s'est enrichie des moyens les plus variés

(1) Lu devant la Société Médicale de Montréal.

et les plus intéressants pour la conservation de cette opération fondamentale, la digestion, l'homme, dis-je, à ce point de vue, nous offre une étude admirable, digne de notre attention.

Toute la digestion roule sur certains actes relatifs à certains organes qui dominant son existence et sa destinée. L'acte buccal, par son agent chimique ou ferment spécial, la ptyaline ou diastase salivaire, joue le rôle essentiel de transformer les fécules en dextrine, puis en glycose assimilable. L'acte stomacal, opère, par son ferment acidifié, sur les albumines animales et végétales et les transforme en peptone, substance absorbable, apte à la nutrition. La bile émulsionne et digère les corps gras. Le suc intestinal possède par lui-même un pouvoir digestif réel sinon considérable sur les albuminoïdes. Mais c'est au pancréas que la nature a dévolu la plus grande fonction. Sentinelle avancée de la digestion, il est destiné à remplir l'importante mission de réviser toutes les fonctions des actes digestifs et de leur venir en aide chaque fois qu'ils seraient surmenés ou défaillants. Le suc pancréatique, à l'instar de la bile, opère sur les graisses, et plus que cela encore, il les dédouble en glycérine et acides gras, état d'une combustibilité plus certaine.

Tel est, en résumé, le rôle physiologique des organes digestifs que j'ai cru devoir repasser dans votre pensée avant d'examiner le terrain des dyspepsies.

De toutes les maladies en général, celles de l'estomac sont les plus fréquentes et les plus communes. Chaque fois que la digestion est laborieuse, ou imparfaite, ou nulle, il y a dyspepsie. Ce trouble digestif est dépendant, soit de l'inertie de la motricité musculaire stomacale, soit d'une altération quelconque de la sécrétion gastrique, soit d'un désordre nerveux de la tunique muqueuse de ce viscère.

Nous rattachons donc à trois grandes classes de dyspepsies essentielles les conditions morbides qui peuvent altérer la digestion de l'estomac.

1re classe.—Dans cette classe nous rangeons celles qui tiennent à la sécrétion gastrique. Elle comprend cinq formes de dyspepsies.

1° Par défaut de pepsine efficace ;

2° Par défaut d'acide ;

3° Par mélange de mucus au suc gastrique ;

4° Par excès de peptones dans l'estomac résultant d'une alimentation excessive ;

5° Par inanition.

2ème classe.—Dans cette classe nous comprenons l'inertie de la motrice musculaire de l'estomac.

3ème classe.—Dans la troisième classe nous parlerons du mérycisme et du vomissement. Ainsi nous définissons les dyspepsies : des opérations chimiques et des phénomènes physiologiques defectueux.

Mais avant d'entrer dans le domaine clinique de ces affections, et pour bien comprendre ce que nous dirons dans le cours de cette étude, il est bon de retracer à grands traits la topographie histologique de l'estomac.

Ce viscère est constitué par deux tuniques, la musculuse et la muqueuse, et de plus, reçoit des vaisseaux et des nerfs. Le muscle stomacal, par la disposition particulière de ses fibres, exécute des mouvements réguliers qui ont pour résultat le mélange complet des aliments

avec le suc gastrique. La tunique muqueuse, dépositaire de glandes à rôle physiologique différent, est recouverte d'une simple couche d'épithélium cylindrique. Nous divisons les glandes en glandes essentielles ou à pepsine, et en glandes pyloriques. Les glandes à pepsine se trouvent en deux variétés de forme et de volume, mais non en deux espèces fonctionnelles. Ainsi ces glandes contiennent deux espèces de cellules, les cellules capitales et les cellules à revêtement. Les cellules capitales, à noyaux dépourvus d'enveloppe, remplissent toute la lumière intérieure de la glande et sont si pressées les unes contre les autres qu'elles n'ont pas de formes distinctes. Les cellules à revêtement sont de forme arrondie ou polygonale et à noyaux accolés directement sur la membrane glandulaire sur laquelle les cellules sont parsemées isolément.

La pepsine a son siège principal dans les cellules profondes et surtout dans les cellules capitales. L'acide chlorhydrique existe plutôt à la surface libre de la muqueuse, à l'orifice des conduits glandulaires, et d'après Hendenbain dans les cellules à revêtement.

Les glandes pyloriques, plus simples que celles susdites, sont tapissées intérieurement d'un épithélium cylindrique régulier, contenant un noyau situé au bout inférieur du cylindre. (1) Le sécrétum de la région pylorique est visqueux et alcalin; acidifié, il est apte à la peptonisation de la fibrine, de l'albumine, et transforme l'amidon en sucre.

La couche simple de l'épithélium cylindrique qui recouvre l'estomac présente un grand nombre de dépressions ou de cryptes et se compose de cellules à corpuscule qui serait du protoplasma cellulaire et peut-être des débris d'épithélium. D'après toute probabilité, ces cellules épithéliales sécrèteraient la mucine, et le mucus siégerait dans l'épithélium de la surface.

La circulation sanguine est fournie par des artères venues du tronc cœliaque qui vont s'arborisant et s'anastomosant dans leur trajet pour former autour des glandes les réseaux capillaires; des tubes partent de ces réseaux et pénètrent dans l'épaisseur des glandes. Près des ouvertures glandulaires sortent des vaisseaux plus considérables qui vont créer près de la surface muqueuse un réseau régulier étalé qui fournit la portion veineuse. D'après Frey, le réseau fin, glandulaire serait un organe sécréteur et celui plus gros et superficiel serait la partie absorbante ou système vasculaire destinée à absorber les liquides de l'estomac. Pour Henle, c'est un appareil respiratoire annexé à l'appareil digestif. En conséquence, le sang sorti des glandes à l'état nerveux arrivant au réseau plus superficiel, changerait son acide carbonique avec l'oxygène de l'air introduit dans l'estomac avec les aliments. Nous pouvons aussi penser que cette disposition de réseaux est plutôt pour favoriser la sécrétion gastrique. En effet, l'impression des aliments détermine un surcroît de circulation glandulaire, nécessité par et pour le perfectionnement des glandes dans l'élaboration de la pepsine. Cette congestion des vaisseaux qui enveloppent les glandes peut s'expliquer de la manière suivante: les aliments dans l'estomac produisent une impression qui se rend au bulbe, à la moëlle, laquelle impression réagit sur les nerfs vaso-dilatateurs et amène la dilatation des vaisseaux capillaires glandulaires.

L'influence nerveuse est fournie par les nerfs venant du pneumo-

(1) Gerlach a rencontré des glandes à mucus et des glandes gastriques dans la région pylorique.



gastrique et du grand sympathique : ces nerfs vont s'arborisant à travers les couches musculuse et muqueuse et se termineraient, d'après Henle, par des cellules nerveuses sur la paroi glandulaire.

Je touche maintenant le terrain clinique des dyspepsies. Les éléments du suc gastrique unis dans des proportions définies. L'altération d'un de ces éléments amoindrit ou fait perdre au suc gastrique son pouvoir digestif. Le ferment azotifère appelé pepsine qui constitue le ferment digestif de l'estomac agit à petites doses. Nous savons, grâce aux progrès incessants de la physiologie, que la pepsine dans l'estomac se présente sous deux formes, à l'état de combinaison avec un albuminate appelé propepsine ou substance pepsinogène, et à l'état liquide, la seule active et utile pour la digestion des aliments albuminoïdes. Mais le ferment pepsine ne peut rien sur la digestion sans la participation de l'acide chlorhydrique qui rend le milieu stomacal acide, condition sans laquelle la fonction digestive est enrayée. Ces éléments constitutifs du suc gastrique peuvent subir des altérations qui créent par suite des dyspepsies. Des glandes spéciales, dérochant au sang les matériaux nécessaires, fabriquent la pepsine qui se présente sous deux formes. La proportion de ces deux formes varie pendant la digestion. La pepsine soluble, sous l'influence de l'acidification, transforme les albuminoïdes en partie en parapeptone ou syntonine et en nucléine, et l'autre partie en peptone gastrique, seule substance assimilable. La composition des peptones est presque analogue aux matières albuminoïdes qui subissent pour devenir peptones la modification de l'hydratation. Les peptones sont de deux espèces, les peptones gastriques et les peptones pancréatiques. Ce sont des substances incoagulables, solubles dans l'eau, l'acide acétique et l'alcool. Ils sont insensibles aux réactifs de Millon et xanthoprotéiques qui dévoilent l'albumine; ils sont lévogyres et ont la propriété osmotique.

La pepsine perd, sinon en quantité du moins en qualité, si les matières albuminoïdes renferment trop de soude. Elle perd aussi sa qualité digestive dans un milieu alcalin. La digestion semble détruire son efficacité. Mais un point qui reste encore du domaine de l'étude physiologique est l'usage quantitative de la pepsine.

Aujourd'hui on ne peut révoquer en doute l'existence de l'acide chlorhydrique dans le liquide digestif. Rabuteau nous fournit le moyen de réconcilier l'opinion pour l'acide lactique en nous apprenant que cet acide, comme les acides acétique et butyrique, est un produit de digestion consécutif à l'action de l'acide chlorhydrique sur les matières contenues dans l'estomac. La chimie nous enseigne aussi que l'acide lactique a le pouvoir de décomposer le chlorure de sodium et de rendre l'acide chlorhydrique libre. Nous savons aussi qu'il y a dans le sang des acides organiques, malgré le milieu alcalin, de plus que l'acide chlorhydrique à un pouvoir de diffusion considérable. Dans le sang, pourquoi n'y aurait-il pas formellement de l'acide lactique qui préparerait l'acide chlorhydrique en décomposant le chlorure de sodium du sang lequel acide se retrouve sur les surfaces libres, dans les cellules superficielles des glandes et surtout dans les glandes à revêtement de l'estomac. L'acide chlorhydrique est combiné dans des proportions définies à la pepsine et forme un chlorhydrate de pepsine. Si au commencement du repas le suc gastrique est moins acide, cela est dû à sa neutralisation par la salive avalée, par le sécrétum pylorique et le mucus de la muqueuse gastrique.

Trop peu d'acide ou un excès d'acide arrête la digestion. Ainsi l'acide chlorhydrique peut être en déficit dans plusieurs états morbides, telles que les déperditions sanguines, les fièvres, les anémies avec cachexie, les inanitions, la consomption, les dilatations graves de l'estomac. L'on conçoit aussi qu'une alimentation sans chlorure de sodium priverait l'économie d'un élément indispensable qui conduit à l'inanition.

La dyspepsie par excès d'acide dépend d'un défaut d'acidité du suc gastrique qui permet une fermentation anormale du bol alimentaire et par conséquent le développement des acides acétique, butyrique, lactique, etc.

Le ferment digestif peut encore être adulté par l'immixtion en excès de mucus et de mucine. C'est un trouble commun à une série de maladies de l'estomac qui vont de l'indigestion et de l'embarras gastrique à la gastrorrhée muqueuse ou pituiteuse la plus abondante.

Il y a bien encore la dyspepsie de misère et d'inanition, qui résulte d'une abstinence complète ou d'un épuisement par défaut de nourriture suffisante. Il y a plusieurs éléments nutritifs indispensables à la conservation de l'organisme et dont la privation a pour conséquence l'inanition. " On a donné à cet état le nom de dyspepsie de misère par opposition à la dyspepsie de luxe."

Leven dit que les mouvements péristaltiques de l'estomac se produisent même à jeun, mais sont plus actifs pendant la digestion. Ils sont l'expression de l'influence nerveuse du pneumo-gastrique et du grand sympathique. L'affaiblissement de cette influence nerveuse est appelée inertie de la motricité musculaire.

Les mouvements normaux du muscle stomacal se font du cardia au pylore. L'exagération ou la perversion de ces mouvements se traduit par le rejet des matières alimentaires, qu'on nomme mérycisme. Quand ces mouvements anormaux du muscle stomacal s'associent à des contractions simultanées du diaphragme et des muscles abdominaux, ils produisent le vomissement.

Ainsi ces deux formes de dyspepsies proviennent de l'exagération de la sensibilité ou de l'irritabilité trop grande de la tunique muqueuse, qui se traduit en troublant le muscle stomacal seulement, ou, par acte réflexe, le diaphragme et les muscles abdominaux.

Je ne crois mieux terminer qu'en vous faisant une revue d'ensemble de la thérapeutique dite physiologique des dyspepsies. Cette thérapeutique pénètre avec délicatesse les troubles fonctionnels et se fait tributaire des agents convenables à la guérison de ces affections. Ainsi répondent à l'appel, dans la strychnine dans l'inertie de la motricité musculaire, les opiacés dans les troubles de la sensibilité nerveuse, la diastase dans la dyspepsie féculente, les alcalins, les acides, les anti-ferments, la pepsine acidifiée dans les dyspepsies acide et pituiteuse, les absorbants dans la dyspepsie flatulente. Comme médication adjuvante, les infusions chaudes et stimulantes activent la circulation centrale et périphérique et mettent les fonctions sécrétoires et les émonctoires en plus grande liberté d'action. Le quassia, le colombo, la gentiane et tous les amers purs augmentent les sécrétions salivaires et peut-être la sécrétion gastrique. Ils ont aussi la propriété de rendre le milieu gastrique alcalin et plus ou moins impropre à la digestion des albumines végétales et animales. Les amers aromatiques jouissent des mêmes

propriétés et sont, en plus, excitantes (absinthe) ou sédatives (houblon). Le quinquina est eupeptique. Il stimule l'appétit, favorise la digestion et tonifie le système en général, en régularisant les fonctions du système nerveux et la circulation du sang qui devient plus riche en fibrine et en albumine. Les amers et le quinquina doivent être donnés à doses modérées, car à doses élevées ils irritent la muqueuse gastrique et deviennent nauséux.

Quelles dyspepsies réclament l'usage des acides et quelles dyspepsies celui des alcalins? Voilà la difficulté qui se présente chaque fois au praticien. Trousseau s'en tenait à l'empirisme. Selon Wells les caractères chimiques qui réclament l'emploi des acides seraient la douleur pylorique, régurgitations et vomissements de matières bilieuses, et celui des alcalins, la douleur au cardia, l'irritation intestinale et surtout une urine riche en phosphate et oxalate de chaux.

Mais aujourd'hui, la physiologie et la chimie nous enseignent trois circonstances qui indiquent l'usage des alcalins. 1° Le suc gastrique est noyé par le mucus; 2° Le suc gastrique, manquant d'acidité, permet une fermentation anormale; 3° La fonction pancréatique manque à son rôle et par suite l'absorption des peptones est difficile. Dans ces cas, la clinique nous a dit du bien du bicarbonate de soude délayé dans de l'eau, et surtout de l'eau de Vichy, une heure avant le repas. Le mucus se dissout rapidement dans les solutions alcalines. Le moment du repas arrivé, l'estomac est préparé pour la digestion. Ces dyspepsies muco-sécrétoires étant si facilement le point de départ de la fermentation excessive, requièrent, outre les alcalins, l'emploi de temps à autre des anti-ferments comme l'acide salicylique à petites doses, l'iode et l'arsenic. Les alcalins paraissent aussi influencer favorablement les fonctions digestives du foie et du pancréas.

L'eau de chaux pompe les acides de l'estomac pour former des sels. Avec les acides gras elle forme des savons insolubles. Elle diminue les sécrétions de l'estomac et de l'intestin, provoque la constipation. En clinique on l'emploie comme anti-acide dans le pyrosis, dans les diarrhées qui résultent de la fermentation acide excessive si fréquente chez les enfants. Le carbonate de chaux, la craie et le bismuth, comme anti-acides et absorbants, exercent une action salutaire dans les dyspepsies avec diarrhée.

Le pouvoir digestif du suc gastrique s'accroît jusqu'à ce que son degré d'acidité ait atteint un certain point. Au-dessus ou au-dessous de ce degré, le pouvoir digestif diminue ou disparaît. Les acides chlorhydrique, lactique et peut-être nitrique prennent une part essentielle au processus de la digestion. Mais pour les rendre utiles à la formation du suc gastrique, il faut bien savoir le temps convenable de les administrer. Ainsi si l'on veut favoriser l'action de la pepsine, il convient de les administrer après le repas. Dans les cas de pyrosis et de dyspepsie par excès d'acides, il faut les prescrire avant. Ces acides doivent être donnés à doses convenables et très dilués.

Encore un mot et je termine. Il est un médicament, entre les agents digestifs, qui, par ses éléments constitutifs, mérite notre confiance. En Angleterre et sur ce continent on proclame sa supériorité par les meilleurs résultats obtenus. Ce médicament puissant, c'est la lactopeptine qui est constituée chimiquement de pepsine, de pancréatine, de ptyaline ou de diatase, d'acide lactique, d'acide chlorhydrique. La lactopeptine

joue un rôle salulaire sur les digestions rendues laborieuses ou imparfaites ou nulles soit par l'inertie de la motricité musculaire, soit par une altération quelconque des sécrétions digestives. Tous les éléments nutritifs du bol alimentaire se trouvent, avec l'usage de ce médicament, en présence de leurs agents digestifs respectifs qui jouent leur rôle à l'endroit et au moment voulus. Je ne puis trop engager tous ceux qui n'ont pas encore requis les services de la lactopeptine de lo faire le plus tôt possible, persuadé qu'ils lui rendront le même témoignage que je lui rends aujourd'hui; la valeur digestive des sucs naturels de lactopeptine sur les éléments nutritifs est entière et complète.

## REVUE DES JOURNAUX.

### PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

**De la tuberculose parasitaire (1).**—Clinique de M. DEBOVE à l'hôpital de la Pitié.—J'arrive maintenant à un ordre de causes dont l'efficacité est non moins grande que les précédentes; je veux parler de l'influence exercée par diverses maladies n'ayant, par elles-mêmes, aucun rapport avec la phthisie.

Parmi ces maladies, l'inflammation des voies respiratoires doit entrer en première ligne.

Chacun sait, même parmi les personnes du monde, que la phthisie débute très souvent par une bronchite, un rhume. Mais ce rhume initial a reçu deux interprétations différentes.

Les uns le considèrent comme le début de la maladie, et cette opinion est celle que les médecins acceptent généralement. Les autres estiment que la bronchite est d'abord simple, que la phthisie est consécutive. Cette interprétation est celle des gens du monde pour lesquels la phthisie, comme vous le savez, n'est autre chose qu'un *rhume négligé*.

Pour mon compte, je me range bien plus volontiers à cette dernière opinion. Presque toujours, en effet, ces bronchites initiales se montrent chez des individus forts, robustes, non prédisposés par leurs antécédents personnels ou héréditaires; ils ont un refroidissement, un frisson y succède immédiatement, et ils font une maladie aiguë qui guérit, mais peut après ils deviennent tuberculeux. Je vous ai cité quelques exemples dans lesquels les choses se sont bien réellement passées ainsi.

Ce n'est pas tout; ces bronchites débutent généralement par une inflammation du larynx, un enrouement; de là, cette inflammation descend progressivement vers les grosses, puis les petites bronches. Or, si, dès le début, vous examinez le larynx enflammé au laryngoscope, vous y constaterez tous les signes de l'inflammation catarrhale simple, sans lésion tuberculeuse locale. Ce n'est que plus tard, lorsque le caractère de la maladie s'est modifié, qu'apparaît le tubercule.

La bronchite est donc une des causes occasionnelles de tuberculose, et, sous ce rapport, les gens du monde ont raison contre les médecins; mais cette bronchite exige toujours, pour se transformer, un contagement.

(1) Voir la livraison d'octobre.

quelconque; aussi, je ne doute pas que, si l'on parvenait à isoler tous les individus bronchitiques, ils deviendraient bien plus rarement tuberculeux.

La bronchite peut agir de différentes façons. Il est probable que les sécrétions qu'elle détermine forment un excellent milieu de culture pour les bacilles, et que ceux-ci s'y développent avec d'autant plus de facilité qu'ils trouvent dans le poumon une température favorable.

Vous connaissez les phthisies professionnelles, se développant chez les individus qui vivent au milieu de poussières végétales ou animales. Pendant longtemps on a cru que ces poussières étaient une cause directe de phthisie. c'est une erreur. les poussières donnent lieu à des bronchites, et c'est à ce titre seulement qu'elles peuvent produire la tuberculose. Il est évident qu'ici encore le séjour dans les ateliers facilite singulièrement l'éclosion de la maladie.

La rougeole, la coqueluche, la grippe offrent ce caractère commun, de se terminer très fréquemment par la tuberculisation du malade. Or, ces maladies ont aussi pour caractère commun de se compliquer presque toujours de bronchite. On peut donc admettre sans difficulté que ce ne sont pas ces maladies elles-mêmes qui rendent phthisique, mais bien la bronchite qui en est la conséquence.

Au sujet de la rougeole, Grisolle avait remarqué que la rougeole avec phthisie était d'une fréquence excessive dans les hôpitaux d'enfants, alors qu'elle est tout à fait exceptionnelle chez les malades de la ville. C'est même une des raisons qui font que la rougeole, maladie toujours grave à l'hôpital, est d'une bénignité remarquable en dehors de l'hôpital.

Ce fait, difficile à expliquer par les anciennes doctrines, s'explique au contraire merveilleusement si l'on admet la virulence de la phthisie: la rougeole, par cela qu'elle produit une bronchite, crée un milieu favorable à la culture des bacilles. Que le malade vive dans un endroit où ces germes font défaut, il ne devient pas phthisique, mais qu'il vive au contraire dans un endroit où ces germes pullulent—l'hôpital remplit par excellence ces conditions,—il devient phthisique.

Ce que j'ai dit de la rougeole, je puis le dire de la fièvre typhoïde. Le nombre des convalescents de la fièvre typhoïde, qui deviennent phthisiques, en ville, est très restreint. Cette complication n'est pas rare, au contraire, chez les malades des hôpitaux. Il est vrai que, chez ces derniers malades, se trouvent réunies les conditions les plus favorables au développement du bacille.

La fièvre typhoïde est une maladie longue, qui nécessite un long séjour à l'hôpital, les malades qui en sont atteints sont donc exposés pendant très longtemps à la contagion. La fièvre typhoïde est par excellence, une maladie de dénutrition. Il est difficile de trouver une maladie où l'alimentation soit plus insuffisante.

Enfin, la bronchite et la broncho-pneumonie constituant une complication extrêmement fréquente de la fièvre typhoïde, les bacilles trouvent donc, chez les typhiques, un terrain éminemment favorable à leur développement.

A côté des affections que nous venons de passer en revue, et qui, par la bronchite dont elles s'accompagnent, préparent, pour ainsi dire, un milieu de culture au bacille de la tuberculose, il en est d'autres que l'on a considérées comme jouant un grand rôle dans la production de la phthisie. Nous allons voir ce qu'il y a de vrai dans ces assertions.

L'hémoptysie est un phénomène que l'on peut observer à toutes les périodes de la phthisie pulmonaire. A la période des cavernes, il se produit quelquefois des hémorrhagies considérables, dont l'abondance et la gravité s'expliquent par la nature même des lésions vasculaires qui leur donnent naissance.

Au début de la tuberculose, l'hémoptysie est, en général, beaucoup moins abondante, et il est rare qu'elle constitue par elle-même un danger, mais elle n'en est pas moins intéressante à étudier, en raison de sa valeur diagnostique. Ces hémoptysies peuvent se montrer à une époque où il n'existe encore aucun signe stéthoscopique, et où rien ne peut faire soupçonner l'existence d'une lésion pulmonaire.

C'est sur des faits de ce genre que s'appuyait Morton, pour prouver que la tuberculose résultait de la transformation du sang épanché dans le poumon. La théorie de la phthisie *ab hémoptoë* a été reprise, dans ces dernières années, par Niemeyer, avec une légère modification; cet auteur a soutenu que le sang versé dans les alvéoles produisait une pneumonie, laquelle, devenant caséuse, aboutissait à l'ulcération du poumon.

Pour que cette interprétation fut acceptable, il faudrait d'abord que l'on trouvât à ces hémoptysies une cause autre que la tuberculose elle-même. Mais, aujourd'hui, il est permis d'affirmer, grâce aux recherches dont je vous ai entretenus, que l'hémoptysie n'est jamais que le premier signe de la maladie. Dans le sang expectoré par les malades, Hiller a pu reconnaître la présence du bacille, et affirmer ainsi que l'hémoptysie était l'effet et non la cause de la tuberculose. Je vous ferai remarquer, en passant, l'importance clinique d'une recherche qui démontre d'une manière évidente la nature de la maladie, à une époque où aucun signe ne permet d'affirmer le diagnostic.

Comme l'hémoptysie, la pleurésie est passible d'une double interprétation. Nous voyons souvent dans nos salles des sujets qui, bien portants jusque là et exempts d'antécédents héréditaires suspects, ont été atteints d'une pleurésie. La maladie marche d'une façon régulière et guérit en quelques semaines, sans que, dans tout le cours de son évolution, l'auscultation ait permis de constater aucun signe d'une lésion pulmonaire. Mais, au bout de quelques temps, le malade est repris de toux, il crache, il a des hémoptysies, et quant il revient à l'hôpital, on trouve tous les signes d'une tuberculose confirmée. Il est certain que ces accidents peuvent s'expliquer de deux façons, et, à côté des médecins qui considèrent ces pleurésies comme des manifestations initiales de la tuberculose, il en est qui pensent qu'elles sont le point de départ de la maladie.

Pour moi, je crois que la pleurésie est tantôt l'effet et tantôt la cause de la tuberculose.

Certains malades présentent des pleurésies insidieuses, à marche lente, à épanchement abondant, en pareil cas, on a de grandes chances d'être dans le vrai en diagnostiquant une pleurésie tuberculeuse. Mais quand la maladie débute brusquement, avec tous les symptômes d'une phlegmasie franche, il me paraît difficile d'admettre que la tuberculose en soit la cause, et, si le malade devient plus tard tuberculeux, il est logique, à mon sens, de considérer cette seconde maladie comme une conséquence de la première.

Nous avons, en ce moment, dans les premiers lits de la salle Jenner,

un malade que rien, dans ses antécédents héréditaires ou personnels, ne semblait prédisposer à la phthisie, un jour du mois de décembre dernier, cet homme, après avoir travaillé dans une cave, sortit en sueur et monta sur un omnibus. Il fut pris immédiatement de frissons et d'un point de côté. A l'hôpital où il fut admis quelques jours après, on reconnut l'existence d'une pleurésie, on lui fit même une thoracocentèse, et la guérison survint assez rapidement. Mais, au bout de quelques mois, cet homme rentra à l'hôpital, et vous pouvez constater aujourd'hui au sommet de son poulmon droit, les signes d'une induration tuberculeuse en voie de ramollissement.

Eh bien! je dis que, dans ce cas, la tuberculose a été consécutive à la pleurésie, et que c'est le séjour à l'hôpital, c'est-à-dire dans un foyer de contagion, qui, la pleurésie aidant, a rendu cet homme tuberculeux, et je crois que si le malade avait pu se faire soigner dans un autre milieu, surtout à la campagne, il ne serait pas devenu tuberculeux.

Il serait bien intéressant d'établir, à ce point de vue, des statistiques comparatives entre les pleurétiques de la ville et ceux de l'hôpital, et de rechercher si les premiers ne deviennent pas tuberculeux beaucoup plus rarement que les derniers. Mon expérience personnelle est insuffisante pour que je puisse me permettre une affirmation de ce genre; mais l'impression que j'ai recueillie jusqu'ici de ma pratique de la ville est tout à fait conforme à cette manière de voir.

La pleurésie prédispose donc à la phthisie au même titre que toutes les autres maladies, en ce sens qu'elle oblige les malades à venir passer un temps plus ou moins long à l'hôpital, au milieu de phthisiques; mais on peut soutenir, en outre, qu'elle crée, en tant que pleurésie, des conditions favorables au développement de la tuberculose.

L'effet immédiat de l'épanchement pleurique est la compression du poulmon; il en résulte une certaine difficulté dans l'accès du sang, une anémie relative, or, certains faits permettent de croire que c'est là une des conditions qui préparent le terrain à la tuberculose.

Et d'abord, la tuberculose n'affecte pas indistinctement telle ou telle partie du poulmon, elle a une prédilection évidente pour le sommet; c'est là qu'elle commence, et, quand elle est étendue à tout l'organe, les lésions sont toujours beaucoup plus avancées dans les parties supérieures que dans les inférieures. Il n'y a guère qu'une raison pour expliquer cette prédilection du tubercule pour le sommet, et la plupart des auteurs sont d'accord à ce sujet: c'est que la circulation sanguine y est beaucoup moins active qu'à la base.

Un autre exemple démontre plus directement l'influence de l'anémie du poulmon sur le développement de la tuberculose, c'est le rétrécissement de l'artère pulmonaire. Personne ne conteste plus aujourd'hui que les sujets atteints de cette affection sont presque fatalement voués à la phthisie; et cela s'observe non seulement quand il existe une lésion propre de l'artère ou de ses valvules sigmoïdes, mais encore quand une tumeur quelconque (anévrisme, ganglions dégénérés, tumeurs de toute nature) vient comprimer le vaisseau et y entraver la circulation; or, comment expliquer que la tuberculose soit l'aboutissant de ces causes diverses sinon en incriminant l'irrigation insuffisante du poulmon?

Inversement, les sujets qui sont habituellement atteints de congestions

tions pulmonaires sont peu disposés à la tuberculose. Les cardiaques, par exemple, les emphysémateux chez lesquels la raréfaction du tissu produit une congestion relative, en obligeant la même quantité de sang à circuler dans un moins grand nombre de vaisseaux, deviennent exceptionnellement tuberculeux.

J'ai terminé ce que je voulais vous dire de l'étiologie de la tuberculose, cette étiologie peut se résumer en quelques mots : La tuberculose est toujours due à la contagion, et nul ne devient tuberculeux s'il ne reçoit de l'extérieur le germe de la maladie, le bacille de la tuberculose. Cette contagion est rendue possible ou facile par des dispositions particulières inhérentes à l'individu, héréditaires ou acquises. Mais ces dispositions n'agissent qu'en préparant le terrain et en le rendant propre à la multiplication du germe.—*Tribune médicale.*

**Des émissions sanguines.**—Clinique de M. le Dr DUJARDIN-BEAUMETZ à l'hôpital Saint Antoine—Avant d'aborder l'étude des indications et des contre-indications des émissions sanguines, je veux dire quelques mots de leurs effets physiologiques qui ont été si magistralement étudiés et décrits par M. le professeur Hayem.

L'action de la saignée s'exerce sur le sang, sur la circulation et sur le fonctionnement des divers organes.

*Sang.* La saignée détermine une diminution des globules rouges, et cette anémie est persistante, si la perte de sang est abondante ou si l'on saigne coup sur coup. Quant aux globules blancs, leur chiffre reste le même. Mais il se passe un phénomène important, je veux parler d'une production très active d'hématoblastes. Toute saignée amène une crise hématoblastique, et cette crise est tellement intense que l'on voit le chien récupérer rapidement le sang qu'on lui a tiré de la veine, et qu'il est difficile de rendre cet animal anémique par des émissions sanguines. En ce qui concerne le sérum, les assertions des physiologistes sont moins précises : on a reconnu que la saignée augmente la proportion de l'eau du sang, mais quant à l'albumine et à la fibrine, elles sont accrues suivant les uns, diminuées suivant les autres, et d'après M. Hayem, la diminution est de règle constante lorsque la saignée est abondante. Le rôle de la fibrine est important ; vous savez que sa présence dans le sang extrait de la veine donne lieu à la formation de la couenne. Or, pour les anciens, la couenne était une indication de saignée, et, comme elle existe toujours, pour la faire disparaître, il fallait saigner jusqu'à la mort.

*Pouls.* Quand on retire du sang d'un animal, on constate que le nombre des pulsations s'élève notablement, tandis que le pouls devient dépressible et bondissant, comme celui des anémiques, ce qui faisait croire aux anciens qu'on relevait le pouls par la saignée.

Ce phénomène est en rapport direct avec la diminution de la pression intra-vasculaire, et pour qu'il soit durable, il faut évacuer une grande quantité du liquide sanguin.

*Respiration.* Une saignée moyenne diminue la dyspnée et détermine chez la malade une sensation de bien-être qui fait place à l'oppression, lorsque la perte du sang devient considérable, comme dans les grandes hémorrhagies. C'est sur ce phénomène qu'on s'est basé pour pratiquer la saignée dans les affections pulmonaires.

*Nutrition.* La crise hématoblastique provoque dans la nutrition des



troubles profonds, elle amène la dégénérescence de certains organes, de ceux surtout qui président à la formation du sang. La nutrition, d'abord activée, finit par être abolie, et dans ces circonstances, d'Arsonval a trouvé dans le sérum des peptones à l'état physiologique qui ne peuvent provenir que de la dénutrition, de l'autodigestion pour ainsi dire, produite par les émissions sanguines.

*Température.* La saignée est antithermique, et lorsqu'on voit, par exemple, l'abaissement de température qui survient dans la fièvre typhoïde à la suite des épistaxis ou des hémorragies intestinales, on peut être étonné que la méthode des émissions sanguines n'ait pas été appliquée au traitement de cette maladie où l'on fait jouer un si grand rôle à la chaleur.

En résumé, la saignée diminue le nombre des globules rouges, augmente le chiffre des hémotoblastes et produit l'hydrémie. Elle relève le pouls, abaisse la tension sanguine et diminue la dyspnée et la température. Elle active d'abord la nutrition, la pervertit bientôt et amène la dégénération de certains organes.

En même temps qu'on faisait des saignées générales, on ouvrait aussi certaines veines pour dégorger certains départements de l'économie. Arétée, Guy de Chauliac ont préconisé ce mode d'émission sanguine; plus près de nous, Arago a décrit le manuel opératoire de la saignée de la ranine dans quelques cas d'angine; Cruveilhier a imaginé un appareil particulier pour ouvrir la pituitaire. etc. Aujourd'hui, ces opérations sont tombées dans l'oubli. La saignée locale proprement dite s'obtient surtout par l'emploi des sangsues et des scarifications.

Les sangsues ont joui autrefois d'une grande vogue. La consommation en était si forte qu'on a pu craindre un moment de tarir la production de ces hirudinées en France et à l'étranger. De 1830 à 1840, elle s'élevait en moyenne à un million par an dans les hôpitaux de Paris, ce qui représente une somme de 15,000 à 20,000 francs. En 1850, ce chiffre était tombé à 1800, et c'est à peine s'il atteint aujourd'hui 500. Cette diminution a marché de pair avec l'abandon de la saignée. Il n'en est pas de même de la ventouse scarifiée qui est restée dans la thérapeutique. Son emploi est justifié par des faits physiologiques.

Les saignées locales, lorsqu'elles sont abondantes, produisent les mêmes effets que les saignées générales; mais en outre, et ce point a son importance, elles ont une action décongestive locale qu'elles doivent, d'une part, à l'intimité qui unit les organes profonds à la circulation périphérique et, d'autre part, à l'action substitutive douloureuse qu'elles déterminent. Si l'on se reporte aux travaux de Vulpian, de Brown-Séquard, on démontre qu'en pinçant le nerf intercostal, on provoque une anémie circulatrice dans la moelle: la douleur diminue la circulation dans l'organe voisin. Dans les scarifications, la douleur joue un certain rôle en agissant sur les vaso-moteurs de la peau, et l'on peut modifier de cette façon la circulation des organes profonds. Aussi doit-on tendre dans la pratique à substituer la ventouse scarifiée, qui détermine une action cutanée locale plus vive, à la sangsue qui ne produit qu'une douleur légère.

J'arrive maintenant à l'action thérapeutique des émissions sanguines, et nous l'étudierons au point de vue de la congestion, de l'inflammation et de la fièvre.

Autrefois la saignée était un mode univoque de traitement, on l'appliquait indistinctement à toutes les maladies; de nos jours, on en a restreint de plus en plus l'usage. Dans les congestions, c'est un moyen passager de rétablir la circulation entravée lorsque le cœur manquant d'énergie engorge tous les organes de l'économie. Quand le muscle cardiaque est encore capable de suffire à sa tâche, la saignée peut donner de bons résultats; par la diminution de la pression sanguine, elle imprime une nouvelle énergie au cœur, on régularise les mouvements. L'effet est passager, mais finalement il est favorable. En dehors de ces congestions mécaniques, je connais peu d'indication de la saignée.

La doctrine récente de l'inflammation a détruit du premier coup la doctrine de l'application des saignées au traitement des affections inflammatoires. Puisqu'elles sont impuissantes à empêcher ou à diminuer la formation des exsudats, comment expliquer l'enthousiasme des anciens pour cette méthode, principalement dans le traitement de la pneumonie? Leur erreur provient de ce que la dyspnée et la température étaient diminuées et le pouls relevé sensiblement; d'ailleurs, la pneumonie guérit spontanément et l'on attribuait à la médication ce qui était le résultat de l'évolution naturelle de la maladie. Aujourd'hui on ne saigne plus dans la pneumonie.

Dans les fièvres le traitement par les émissions sanguines est délaissé. Sur ce point il y a pourtant des réserves à faire: puisqu'il est constaté que dans la fièvre typhoïde les hémorrhagies spontanées abaissent la température, il y a lieu de se demander si l'on doit aider la nature. Quoiqu'il en soit de cette action antithermique réelle et parfois durable, je pense qu'il ne faut pas saigner; on doit redouter les désorganisations graisseuses qui ont déjà une si grande tendance à se produire chez les typhiques. D'un autre côté, on observe une convalescence toujours très longue chez ces malades, s'il est vrai que les hémorrhagies les aient sauvés. Au reste, les doctrines microbiennes nous démontrent l'inutilité de la saignée en cette circonstance et ce que je viens de dire de la fièvre typhoïde s'applique à toute fièvre infectieuse et aux empoisonnements quelconques.

Autant je suis l'adversaire des saignées générales, autant je suis partisan des saignées locales, puisque dans certains cas elles constituent un des plus puissants agents anticongestifs contre l'hypérémie de quelques organes. Dans les congestions actives de l'œil, du poumon par exemple, dans la myélite aiguë, dans certaines sciaticques, dans quelques affections locales utérines, les ventouses scarifiées sont des moyens de traitement efficaces, et les résultats obtenus nous font voir que si les émissions sanguines générales doivent être reléguées au dernier plan, les saignées locales, au contraire, méritent de conserver toutes leurs applications et d'être fréquemment employées.—*Le Praticien*.

—Toute maladie qui, au premier ou au deuxième jour, donne 104° Fahr., n'est pas une fièvre typhoïde.

—Toute maladie qui, au quatrième jour, n'atteint pas 103°.1 n'est pas une fièvre typhoïde.—*Wunderlich*.

## PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

**Le mal perforant.**—Clinique de M. MONOD à l'hôpital Necker.— Je profiterai de la présence dans nos salles, en ce moment, de plusieurs malades atteints de mal perforant pour vous dire quelques mots de cette affection bizarre.

Nélaton est le premier qui a appelé l'attention des chirurgiens sur cette maladie. Le fait remonte 1852, époque à laquelle il a publié dans la *Gazette des hôpitaux* une leçon sur ce sujet. Dès lors l'élan était donné, et les recherches qui ont été faites sur le mal perforant constituent toute une série de travaux importants, parmi lesquels je citerai Vésigné (d'Abbeville), qui l'a très bien décrit et lui a donné le nom, qu'il porte aujourd'hui, de mal perforant ou de mal plantaire. Au nombre des autres travaux également intéressants à consulter, je nommerai la thèse de Leplat, en 1855, un mémoire de M. Péan, qui considérait alors le mal perforant comme résultant d'une lésion vasculaire, des recherches de MM. Gosselin, Poncet, Duplay, Morat, etc.

Après cet aperçu historique succinct, passons à la description rapide de la maladie. Trois faits capitaux sont surtout nécessaires à connaître : 1<sup>o</sup> le siège du mal, 2<sup>o</sup> le sexe de l'individu, et 3<sup>o</sup> sa profession.

**Siège.**—Le siège du mal perforant est la plante du pied, d'où le nom de mal plantaire qui lui a été donné.

Toute la région plantaire n'est pas indifféremment atteinte, mais quelques points seulement qui constituent ce que l'on appelle le trépied du pied. Ces trois points sont : le niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, l'extrémité antérieure du cinquième métatarsien, et le talon. La partie correspondant à l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil est, de toutes, le siège le plus ordinaire du mal perforant. Cependant, chez l'un de nos malades, celui qui est couché au lit n<sup>o</sup> 27, le point malade correspond à la seconde phalange du gros orteil ; cela tient à ce que cet homme a le pied plat et présente, en outre, une subluxation de cet orteil. Chez un autre de nos malades, le premier orteil ayant été amputé, le mal a récidivé au niveau de l'extrémité de la seconde phalange du deuxième orteil, qui dans les conditions où se trouve le pied, depuis cette amputation, supporte une partie du poids du corps.

Chez les sujets atteints de pied bot, le mal perforant, quand il existe, se rencontre dans les parties qui se trouvent comprimées plus fortement sur le sol.

**Sexe.**—On a dit que le mal perforant était une maladie à peu près exclusive aux hommes : cela est vrai, mais à la condition d'admettre quelques exceptions en faveur de la femme, chez laquelle on le rencontre quelquefois.

**Profession.**—Les individus qui sont plus prédisposés à cette affection sont ceux qui exercent une profession exigeant une sustentation prolongée. Il faut, en effet, une pression longtemps continuée sur un point de la plante du pied pour déterminer l'apparition du mal perforant. Parmi les malades qui sont dans nos salles, l'un est un charretier, l'autre un employé à la gare du chemin de fer d'Orléans ; tous deux sont astreints ou à marcher ou à être presque constamment debout.

**Marche.**—La marche de cette affection présente plusieurs périodes. La première période est celle du durillon, c'est-à-dire de l'accumulation de l'épiderme corné en l'un des points indiqués tout à l'heure. Chez le n° 27, nous avons vu le durillon se développer et nous l'avons pris assez à temps pour le faire disparaître. Cet homme présentait d'un côté un mal perforant déjà avancé et de l'autre un durillon. Ce dernier était très dur et au-dessous l'on apercevait un petit piqueté rougeâtre du derme. Le mal perforant peut durer des années à l'état de durillon, et même ne jamais dépasser cette première période.

La seconde est la période d'ulcération. L'ulcère peut se former de diverses façons. Par suite d'une pression longtemps prolongée, le derme s'amincit et peu à peu se détruit, au point qu'il ne reste pour ainsi dire plus que l'épiderme, qui finit alors par s'ulcérer; ou bien, sous l'épiderme épaissi peu à peu, une certaine quantité de sérosité s'accumule, et un beau jour se perforé et s'ulcère; ou bien encore, selon la théorie de M. Gosselin, les accidents seraient caractérisés par une dermo-synovite ulcérée, la formation d'une bourse synoviale, laquelle s'enflammerait et suppurerait. Dans certains cas, le fait est parfaitement vrai. Quoi qu'il en soit du mode de développement de cet ulcère, lorsqu'il s'est développé, il se présente sous la forme d'un petit puits dont le rebord est formé d'un bourrelet épidermique. Il existe comme une perforation, faite à l'emporte-pièce au milieu de l'épiderme, et sous le bourrelet épidermique on constate avec un stylet la présence d'une véritable rigole sous-épidermique.

Quant à la troisième période, période dite de perforation, elle est caractérisée par des lésions profondes qui justifient bien le nom de mal perforant donné à cette affection. Ici l'ulcération a gagné en profondeur, s'attaquant plus ou moins lentement aux tendons, au périoste et finalement à l'os. Quelquefois le fond de l'ulcère ne dépasse pas le derme et, à travers une petite perforation, on arrive au sous-derme, c'est-à-dire à une bourse séreuse développée sous le derme épaissi. Mais le mal s'étend-il plus profondément, le fond de l'ulcère est formé par les tendons et par les os sur lesquels le stylet alors arrive facilement.

À côté des signes que nous venons de rapporter, il en existe d'autres parmi lesquels nous plaçons au premier rang l'anesthésie.

Chez le malade du n° 25, auquel j'ai été forcé d'enlever les phalanges des deux orteils, de même que chez un autre malade, l'anesthésie était des plus évidentes, bien qu'elle ne fût pas absolument complète, au point que l'amputation put être pratiquée presque sans douleur. En tous cas, les malades atteints de mal perforant sont anesthésiques, analgésiques et sentent beaucoup moins le chaud et le froid.

Parmi les autres altérations concomitantes, on peut rencontrer des anévrysmes artériels, des altérations trophiques, l'incurvation des ongles, etc.

En résumé, la marche de la maladie est caractéristique, elle est très lente, par poussées, présentant des alternatives d'améliorations et même de guérisons apparentes suivies plus ou moins tôt de récidives, lesquelles sont à peu près inévitables.

Comme pathogénie, je laisse de côté la théorie vasculaire de M. Han, qui, du reste, l'a abandonnée lui-même, bien qu'elle soit très séduisante.

L'athérome artériel, du reste, est cent fois plus fréquent que le mal perforant et d'autre part ce mal ne s'accompagne pas toujours d'athérome. La théorie de M. Gosselin permet d'expliquer certains phénomènes du début de la maladie, mais non tous ceux qui constituent son évolution.

Poncet a comparé cette affection à la lèpre anesthésique, si l'assimilation est possible sous certains points de vue; cependant de grandes différences existent entre elles, ne serait-ce que la question du siège, qui, dans le mal perforant, est limité à la plante du pied, tandis que la lèpre anesthésique a des sièges multiples. Pour moi, deux théories sont admissibles: la théorie mécanique par compression, et la théorie nerveuse soutenue par M. Duplay.

Il est certain qu'un homme, forcé à se tenir continuellement debout ou à marcher beaucoup, est, par cela même, par la pression prolongée du pied sur le sol, prédisposé au mal perforant; par suite se trouvent expliquées les deux causes: sexe et profession. Mais dans d'autres cas ces deux causes n'ont pas suffi à expliquer le développement du mal, et chez les individus qui en étaient atteints on a constaté l'existence de lésions nerveuses, une névrite d'ordre purement inflammatoire. MM. Duplay et Morat ont ainsi montré que le mal perforant dépendait d'une altération des nerfs, de la moelle ou de l'encéphale.

Chez un de nos malades, nous avons observé aussi des phénomènes d'ataxie locomotrice. Mais, nous devons le reconnaître, il est difficile de pouvoir remonter à la lésion primitive qui avait déterminé le mal perforant. Du reste, quoi qu'il en soit, pour moi cette lésion nerveuse ne suffit pas non plus à elle seule à produire cette maladie, il faut y ajouter la compression, qui est la véritable cause déterminante, la cause nécessaire du mal perforant.

Quant au traitement, il se trouve indiqué tout d'abord par cette cause elle-même, c'est-à-dire le repos et le changement de profession. Puis, le durillon étant formé et devenant par lui-même un agent de compression, il faut l'enlever le plus tôt possible, le couper, le raser couche par couche jusqu'aux parties molles et appliquer un morceau de diachylon qui l'empêche, tout au moins pendant quelque temps, de se reproduire. Mais l'ulcération s'est-elle produite? on la traitera par la teinture d'iode et le repos, tout en sachant bien qu'une fois guérie, elle est sujette à récidiver. Enfin, lorsque l'ulcération a détruit toutes les parties molles, qu'elle arrive jusqu'au tissu osseux, il n'y a plus qu'une seule ressource: l'intervention chirurgicale, c'est-à-dire enlever, segmenter ou amputer.—*Gazette des hôpitaux.*

**Des résultats du pansement au bismuth à l'hôpital d'Aix-la-Chapelle pendant les trois premiers mois de l'année 1883.**—Communications à la Société allemande de chirurgie.—M. Riedel.—En janvier et février on employa le bismuth pur; l'asepsie des plaies fut obtenue dans la très grande majorité des cas; quand elles ne restaient pas aseptiques, il y avait toujours des raisons spéciales (opérations sur des plaies putrides, tuberculose générale). L'action antiputride du bismuth est peut être due au dégagement incessant de très petites quantités d'acide nitrique; il agit en tout cas comme caustique sur les tissus animaux, malgré son insolubilité dans l'eau; introduit dans la cavité pleurale, il produit de la pleurésie adhésive; injecté dans la cavité abdominale, il entraîne l'adhérence des anses intestinales, même

leur perforation, si on l'applique on couche épaisse. Il faut donc toujours l'employer avec beaucoup de précautions dans les opérations sur la cavité abdominale; dans les plaies ordinaires son action caustique ne se manifeste pas; il n'empêche pas, mais favorise à un haut degré l'agglutination des grandes plaies. On n'a pas observé d'effet accessoire nuisible, ni néphrite, ni stomatite; il est vrai qu'on a rarement employé plus de 36 grains, au maximum 72 grains.

Dans les cavités d'abcès, l'action du bismuth est probablement très restreinte; du pus d'abcès aigu, mélangé avec parties égales d'une mixture au bismuth à 1 p. c., injecté dans le genou d'un animal, agit exactement comme si on n'y avait pas ajouté de bismuth du tout, tandis que l'addition d'une quantité égale de solution au sublimé à  $\frac{1}{10}$  par cent anéantit complètement son action.

Le bismuth est aussi sans aucune action sur l'érysipèle qu'il a même l'air de favoriser. Sur 61 malades, 8 furent atteints d'érysipèle. C'est pourquoi on n'employa plus en mars que le bismuth combiné au sublimé, et il n'y eut plus d'érysipèle, ce qui peut être un hasard, mais cela concorde avec ce qu'on a observé à la clinique de Würzbourg et à l'hôpital de Magdebourg.

M. Kocher (de Berne) dit que d'après ses recherches expérimentales le bismuth n'agit pas sur les *porteurs de l'infection*, sur les microcoques, mais sur le *terrain nutritif* qu'il rend impropre au développement des micro-organismes. Si on ajoute à du sang de bœuf une mixture de bismuth à 0, 1 p. c., il se forme un précipité d'albuminate de bismuth qui ne se décompose pas. Si, au contraire, les substances sont déjà en putréfaction, l'addition d'une mixture, même à 20 p. c., ne les en débarrasse pas. Le bismuth partage donc avec l'iodoforme cet inconvénient, qu'il suppose une opération faite sur un champ aseptique, avec des instruments aseptiques, et que par suite on ne peut pas se passer d'autres antiseptiques comme l'acide phénique. Pour les plaies qui peuvent s'infecter présentement ou plus tard, il suffit d'appliquer la poudre en substance; on peut ainsi obtenir l'asepsie.

Le bismuth est toxique. M. Kocher a observé des néphrites et des otérites. Enfin il relève les avantages de la suture secondaire, quoiqu'elle donne le double de travail.

M. v. Langenbeck (de Wiesbaden) se prononce chaudement en faveur du pansement au bismuth. Il applique, lui aussi, la suture primaire et draine, mais enlève le tube à drainage dès le deuxième jour. Dans plusieurs amputations du sein, ainsi que dans l'extirpation d'une tumeur vasculaire du demi-membraneux, ayant le volume d'un poing, et où les vaisseaux et le nerf du creux poplité avaient été mis à nu, il vit une guérison rapide et sans encombre, et vante surtout son action siccatrice qui diminue les sécrétions. Pour la cicatrisation sous-crustacée, il préfère l'iodoforme.

M. Israël (de Berlin) n'a encore que peu d'expérience de ce pansement, mais il observa des symptômes graves d'intoxication dans un cas d'extirpation de ganglions carcinomateux de l'aisselle. Pendant l'opération il avait irrigué fréquemment avec la mixture à 2 p. c. et une fois, pour la fin, avec le 10 p. c. La plaie axillaire guérit en dix jours, mais il se développa une stomatite gangréneuse aiguë après la guérison de laquelle des portions de la muqueuse gardèrent une coloration noir-bleuâtre intense qui n'a pas encore diminué six mois après l'opération. Deux

à trois mois après, il se montra, aux environs de la plaie axillaire, des nodosités de différents volumes (jusqu'à celui d'un noyau de cerise), qui n'étaient que des dépôts de bismuth.

M. Kocher a également observé une stomatite avec coloration noire, mais qui disparut bientôt. Il est d'avis que si l'asepsie est due à la petite portion de bismuth qui se dissout, on peut employer des mélanges beaucoup plus faibles.

M. E. Hahn (de Berlin), s'appuyant sur 40 à 50 cas, vante également l'action hémostatique et siccativie du bismuth.

En réponse à une question de M. Riedel, M. v. Bergmann (de Berlin) déclare qu'avec le pansement au sublimé les érysipèles ont notablement diminué. Dans le courant de l'année passée il n'en a observé que deux.

M. Kummell rapporte qu'à l'hôpital de Hambourg on n'a observé ni érysipèle, ni pyémie, ni septicémie, depuis treize mois qu'on emploie exclusivement le pansement au sublimé, tandis qu'auparavant l'érysipèle était fréquent.

M. Esmarch (de Kiel) eut 58 guérisons primaires sur 63 grandes opérations, sous un seul pansement à la poussière de tourbe, et ne vit pas d'érysipèle.—*Gaz. méd. de Strasbourg.*

## OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

**Traitement des suites de couches,** par William Alexander.—Quelle est la source de la plupart des désordres pathologiques qui surviennent pendant les suites de couches? Le défaut de contraction utérine. L'utérus, après l'expulsion fœtale, constitue une cavité plus ou moins large, incomplètement protégée contre tout contact avec l'air extérieur. Si la paroi utérine se contracte bien, si l'organe revient rapidement sur lui-même, tout va bien, sinon les sécrétions lochiales s'y accumulent, s'y altèrent, et deviennent le foyer de l'infection.

Pourquoi les femmes riches, nerveuses, présentent-elles relativement plus de cas de septicémie que les femmes du peuple, accouchées dans des maternités bien tenues? Parce que, vu leur état nerveux, la contraction de rétraction utérine se fait mal.

Pourquoi les femmes robustes offrent-elles moins souvent des accidents que les femmes languissantes, molles? Parce que la rétraction utérine se fait mieux chez les premières.

En somme, pour Alexander, tous les accidents septiques des suites de couches viennent du défaut de contraction et de rétraction utérine. L'indication thérapeutique capitale dans les suites de couches est donc de favoriser, d'aider le retour de l'utérus à l'état normal. À cet effet, l'auteur conseille des frictions sur le fond de l'utérus, et l'application en ce même point d'un petit coussin, maintenu par un bandage entourant le corps.

Les injections intra-utérines ne sont pas acceptées par l'accoucheur de Liverpool, elles n'agissent, d'après lui, qu'en excitant la contraction utérine, et ce moyen est bien plus sûrement atteint par la méthode précédente.

L'état du muscle utérin joue certainement un rôle très important dans la marche des suites de couches, mais il ne faut pas l'exagérer au détriment des autres éléments qui entrent en ligne de compte.

Il nous semble que cette méthode pourra suffire dans les cas où la septicémie est due à la rétention du contenu utérin, mais elle ne donnera que de mauvais résultats quand la septicémie reconnaît une cause extérieure, laquelle a été amenée, par exemple, par le contact de doigts ou d'instruments septiques.—*Medical Times and Gazette*.

**Un expédient obstétrical.**—Le Dr Richard relate, dans le *Philadelphia Medical Times*, un expédient auquel il a eu plusieurs fois recours avec avantage dans les accouchements laborieux. Les trois observations qu'il cite à l'appui ont rapport à des présentations du sommet, la tête n'ayant, pour une cause ou pour une autre, aucune tendance à s'engager, les patientes refusant toute application du forceps. Le Dr Richard les fit mettre à genoux sur leur lit et l'accouchement se fit heureusement et promptement. Ces résultats, d'après le Dr Richard, ne présenteraient rien d'étonnant, la position à genoux pour l'accouchement étant bien plus naturelle que le décurbitus latéral ou dorsal. Atkinson (*Hints in the obstetric procedure*) dit qu'en Irlande beaucoup de femmes accouchent à genoux. Engelmann (*Obstetrics among primitive peoples*) a prouvé que la position primitive des parturientes était la station plus ou moins complète. Meigs (*Letters to the class*) a rapporté plusieurs accouchements laborieux heureusement terminés par le simple passage de la position couchée à la station sur les genoux. Il serait donc bon d'essayer de cet expédient lorsque la tête tarde à s'engager ou à se dégager. En tous cas, il n'expose à aucun fâcheux accident.—*Gaz. Méd. de Nantes*.—*Médecin praticien*.

**Des ulcérations du col de l'utérus,**—par le Dr DESINÉTY.—Les lésions d'apparence ulcéreuse, qu'on observe sur le segment vaginal de l'organe utérin, sont aussi variées que les états pathologiques dont elles sont la manifestation. Le chancre simple, le chancre infectant, les syphilides, et quelques formes d'éruptions non contagieuses se montrent assez fréquemment dans cette région, où siègent également des ulcérations de mauvaise nature ou cancéreuses. Nous laisserons de côté toutes ces variétés, pour ne nous occuper que des lésions relativement bénignes, liées ordinairement à la métrite, dont elles sont considérées, avec raison, comme un des symptômes objectifs les plus constants. Toutefois, l'aspect ulcéreux du col ne doit pas être toujours interprété comme un état pathologique. Si, en effet, on examine un certain nombre de femmes n'éprouvant aucun symptôme morbide du côté de l'utérus, on voit chez la plupart la muqueuse cervicale lisse et d'un rose uniforme sur tous ses points. Mais pour quelques unes d'entre elles (une sur 15 ou 20 environ), on observe, dans une étendue plus ou moins grande, autour de l'orifice externe, une surface irrégulière, tomenteuse, d'un rouge vif. Chez les nullipares, cet espace rouge est arrondi, circulaire, augmentant peu quand on presse sur les culs-de-sac vaginaux avec l'extrémité du spéculum, tandis que, pour les multipares, cette manœuvre exagère considérablement les dimensions de la région paraissant ulcérée, en amenant un renversement des lèvres du col. Cette disposition, obtenue dans ce cas-ci artificiellement et désignée sous le nom d'*ectropion*, peut se produire après l'accouchement, lorsque l'involution des parois vaginales ayant lieu avant l'involution utérine,



le retrait du vagin produit une tension exagérée des tissus, et un renversement des deux lèvres du museau de tanche, par un mécanisme comparable à celui qui résulte de la dépression des culs-de-sac par le bec du spéculum. L'apparence ulcéreuse du pourtour de l'orifice externe peu s'observer à tout âge, même chez le nouveau-né, ainsi que l'a dit Fischel. La coloration rouge vif de cette portion plus ou moins limitée n'est pas due à une perte de substance, à une véritable ulcération, comme on le croyait autrefois, mais bien à une différence dans le revêtement épithélial; fait qui a été surtout démontré par les recherches de Ruge et Veit, dont nous avons confirmé les résultats, grâce à de nombreux examens histologiques. La coloration rosée et l'aspect lisse et régulier résultent de la présence de l'épithélium pavimenteux, la teinte rouge vif et l'apparence tomenteuse se montrent sur les points revêtus d'épithélium cylindrique. Chez la plupart des femmes, celui-ci tapisse la cavité cervicale jusqu'au niveau de l'orifice externe, où il est remplacé par l'épithélium pavimenteux; tandis qu'exceptionnellement, chez d'autres, la ligne de démarcation est placée plus ou moins loin de cet orifice. Les femmes qui présentent cette disposition, c'est-à-dire celles chez lesquelles les cellules cylindriques se prolongent sur la partie libre du col, sont ordinairement sujettes à un écoulement leucorrhéique qui n'est que l'exagération de l'état normal: car, contrairement à ce qui a été avancé par beaucoup d'auteurs, il existe toujours une sécrétion muqueuse du col, dont on voit sourdre le produit épais et *transparent*, même chez les femmes absolument saines. En outre, ces sujets sont probablement plus exposés que d'autres aux affections utérines, sans qu'on puisse dire pour cela que l'aspect ulcéreux du col constitue à lui seul un état morbide, comme nous le démontrent fréquemment les faits cliniques.

Mais si cette apparence, désignée sous le nom d'*ulcération*, n'est pas toujours une disposition pathologique, et ne s'accompagne d'aucun trouble de la santé générale, il n'en est pas moins vrai qu'elle se rencontre certainement, avec son plus grand degré de fréquence, comme une des manifestations de la métrite, et les malades présentent alors toute la symptomatologie de cette affection.

Au point de vue clinique, il importe de se bien pénétrer de l'idée que des lésions d'apparence ulcéreuse peuvent exister, sans entraîner à leur suite aucun symptôme morbide; à peine doit-on les considérer comme exposant davantage aux affections utérines les sujets qui en sont porteurs. Quand, au contraire, ces lésions, qu'il y ait ou non ectropion, sont une conséquence de la métrite, les femmes présentent tout le cortège de phénomènes pathologiques qui accompagnent l'inflammation chronique de l'utérus. Dans le premier cas, on ne constate anatomiquement qu'une modification dans les rapports réciproques des couches épithéliales; dans le second, ces modifications de la surface du revêtement sont associées à des lésions plus profondes qui commencent à se montrer au-dessous de l'épithélium encore normal.

Une question embarrassante se présente souvent dans la pratique, relativement aux lésions inflammatoires d'apparence ulcéreuse, situées sur le museau de tanche, et s'accompagnant d'une sécrétion mucopurulente, ou purulente. Ces lésions peuvent-elles communiquer une blennorrhagie? Nous n'hésitons pas à répondre affirmativement, à la condition qu'elles soient d'origine blennorrhagique, ce qui est parfois

difficile à déterminer. Cependant, dans la majorité des cas, on peut y arriver. Il est rare, en effet, qu'il n'existe pas alors, chez la malade, quelque autre trace de l'affection contagieuse, telle que la vaginite, l'uréthrite, la présence d'une gouttelette de pus dans les glandes préurétrales ou vulvo-vaginales. Si on ne trouve aucun de ces signes dénonciateurs, la nature de l'écoulement cervical et l'aspect de l'orifice externe nous fournissent des éléments précieux pour le diagnostic. On doit toujours se méfier d'un écoulement uniquement purulent, sans mélange de mucus. Dans les quelques cas de ce genre que nous avons observés, on voyait, autour de l'orifice externe, un cercle d'un rouge plus vif que dans les cas ordinaires. Si l'écoulement est muco-purulent, le mucus et le pus sont peu mélangés entre eux, les deux liquides étant séparément reconnaissables sur le bourdonnet d'ouate qui a servi à déterger le col. Nous reconnaissons que ces caractères n'ont pas encore toute la précision désirable. C'est pourquoi nous avons cherché si, par la présence d'un microbe spécial, on pourrait faire un diagnostic certain, relativement à la virulence du pus utérin, dans ces circonstances. Mais nos investigations dans cet ordre d'idées ne nous ont pas donné, jusqu'à présent, de résultat. Malgré les affirmations de quelques auteurs qui se sont occupés du parasite de la blennorrhagie, le problème ne nous paraît pas actuellement résolu.

Ce que nous avons dit de la structure des lésions du col, d'apparence ulcéreuse, nous conduit à quelques conclusions thérapeutiques dont nous indiquerons les principales.

D'abord on ne doit pas cautériser la muqueuse cervicale dans les cas ne s'accompagnant pas de métrite, à moins que la leucorrhée soit assez abondante pour nécessiter une intervention. Il faut alors modifier profondément les tissus, afin de détruire l'épithélium sécréteur anormalement situé, et ne pas cautériser au nitrate d'argent, comme le font encore trop souvent beaucoup de médecins.

Les pseudo-ulcérations dépendant de la métrite réclament rarement l'application de topiques. Fréquemment elles disparaissent sous la seule influence des scarifications. Celles-ci doivent, dans ce cas, être très superficielles, et renouvelées tous les deux ou trois jours. C'est surtout dans ces circonstances que le nitrate d'argent est, non seulement inutile, mais même nuisible.

Dans l'intervalle des scarifications, on conseillera aux malades d'introduire, matin et soir, un tampon d'ouate imbibé de glycérine pure ou additionnée d'iodure de potassium. On peut aussi faire usage de sachets de mousseline parfaitement propre ou suffisamment désinfectée, contenant diverses substances médicamenteuses. Nous employons ordinairement la formule suivante :

Acide thymique cristallisé.....	2 grains.
Tannin.....	10 —
Graine de lin.....	2½ drachmos.

(À introduire dans un sachet de mousseline muni d'un gros fil.)

Dans quelques cas exceptionnels, on se trouve bien des cautérisations au thermo-cautère, surtout lorsque la métrite est arrivée à la période d'induration.

Les ulcérations d'origine blennorrhagique guérissent le plus souvent avec facilité. Il suffit de les toucher chaque jour avec une

solution de nitrate d'argent (1/25), avec la teinture d'iode ou le perchlore de fer. Nous nous sommes bien trouvé, dans ces conditions, des injections intra-cervicales avec l'eau oxygénée.

Quel que soit le médicament auquel on a recours, il importe de l'employer à l'état liquide et de le faire pénétrer dans le col à une profondeur de 2 ou 3 centimètres, afin d'atteindre le plus possible tout l'appareil glandulaire. Dans l'intervalle des cautérisations, les malades introduiront elles-mêmes, deux à trois fois par jour, des tampons imbibés de coaltar.

Si il existe un ectropion, et toutes les fois qu'il est nécessaire d'agir profondément sur la muqueuse, l'acide chromique cristallisé, étendu de moitié d'eau (solution du Codex), constitue le meilleur des caustiques.

Nous le préférons à tous ceux plus ou moins vantés par tel ou tel auteur, nitrate acide de mercure, acides phénique, pyroligneux, acétique, picrique, alun, tannin, créosote, collodion.

On a accusé l'acide chromique de produire des accidents d'intoxication. Le fait serait peut-être vrai, si la cautérisation avait lieu sur une grande surface. Rien de semblable ne s'observe pour le col de l'utérus, à cause des dimensions peu étendues de la lésion.

Nous avons employé l'acide chromique un grand nombre de fois, sans avoir jamais à déplorer l'accident même le plus léger, mais à la condition d'avoir recours aux précautions indispensables que nous avons indiquées depuis longtemps, et sans lesquelles ce caustique exposerait à des dangers. Nous avons vu, à la suite de cautérisations mal faites, se produire de vastes eschares du vagin, dont les conséquences auraient pu être graves.

Il faut porter l'acide sur le point à cautériser, à l'aide d'un peu d'ouate enroulée à l'extrémité d'une petite tige de bois; avoir soin que la quantité de liquide soit juste suffisante pour ne pas s'écouler au delà de la région sur laquelle on veut agir, et faire, immédiatement après l'application, une injection à grande eau, qui entraîne tout ce qui pourrait en rester.

Quant les lésions remontent assez haut sur la muqueuse intra-cervicale et s'accompagnent de catarrhe muco-purulent abondant, on ne doit pas craindre de porter l'acide jusqu'au niveau de l'orifice interne. Pour mieux protéger les parois vaginales, il est préférable d'entourer le col, préalablement saisi avec l'extrémité du spéculum, de bourdonnets d'ouate trempés dans une solution de carbonate de soude.

L'acide chromique, ainsi appliqué, donne lieu à une légère eschare, qui s'élimine au bout de deux ou trois jours, et laisse à sa place une surface rouge, qui ne tarde pas, dans la plupart des cas, à reprendre ses caractères normaux.

Les divers topiques, les scarifications et même les cautérisations au fer rouge et l'ignipuncture, ne parviennent pas toujours à faire disparaître les lésions de la muqueuse cervicale dues à la métrite.

Dans ces conditions, comme *ultima ratio*, on n'a plus le choix qu'entre deux procédés; l'amputation du col ou l'opération d'Emmet.

L'amputation du col doit être surtout pratiquée s'il existe une hypertrophie concomitante portant sur l'ensemble du segment cervical ou ce qui est beaucoup plus fréquent, sur une des lèvres, principalement la lèvre antérieure (col tapiroïde).

Les indications de l'opération d'Emmet se présentent rarement. La

plupart des cas qui semblent la réclamer guérissent en plus ou moins de temps, sans qu'on soit forcé de recourir à l'intervention chirurgicale.—*Gaz. Méd. de Paris.*

## PÆDIATRIE.

**Laryngite striduleuse; difficulté du diagnostic; trachéotomie.**—Clinique de M. CADET DE GASSICOURT à l'hôpital Troussseau.— Je me propose de vous entretenir aujourd'hui de la laryngite striduleuse. Il est peu de sujets, je l'avoue, qui soient plus rabattus, aux nombreux articles qui lui ont été consacrés, aux nombreuses leçons dont il a fait l'objet, il semble qu'il ne reste rien à ajouter. Certes, si ce qu'on en a dit ou écrit était présent dans toutes les mémoires, je jugerais inutile d'entrer dans le moindre détail. Les médecins paraissent ne point connaître les excellents travaux publiés sur la laryngite striduleuse; du moins, la façon dont ils la comprennent porte à le croire. En général, ils pensent que cette maladie est toujours bénigne et que le diagnostic en est facile. Ce sont là deux erreurs. le diagnostic est parfois impossible et la terminaison n'est pas toujours heureuse. Depuis le jour où elle a été décrite pour la première fois par Millar, tous les auteurs ont reconnu qu'elle pouvait avoir des conséquences fatales. Non seulement ils la regardent comme grave, ils en exagèrent même la gravité.

Qu'entend-on par laryngite striduleuse? On l'appelle laryngite avec spasme, et l'on a raison. La caractéristique de cette affection, c'est en effet le spasme. Elle n'est pas, à proprement parler, une maladie à part, c'est une convulsion du larynx qui peut se produire dans les circonstances les plus diverses. laryngite simple, bronchite, otite, variole, etc. Les convulsions étant pour ainsi dire l'apanage des jeunes sujets, c'est en moyenne de 1 à 7 ou 8 ans que l'on observe la laryngite striduleuse, on la rencontre encore plus tard, à 10 ou 12 ans.

La plupart d'entre vous ont été témoins d'accès de suffocation dans le croup, les accidents sont les mêmes dans le spasme de Millar; contraction violente des muscles du thorax, efforts pour faire pénétrer l'air dans les poumons, face congestionnée, voix éteinte, rien à l'auscultation, l'apnée est complète. Mais si les deux spasmes ne diffèrent point en eux-mêmes, ils diffèrent par la manière dont ils débutent. Dans le croup, c'est à la suite des fausses membranes; dans la laryngite striduleuse, c'est en l'absence de toute lésion apparente.

On dit généralement que le spasme de la laryngite striduleuse se termine brusquement; ce n'est pas exact. Dans certains cas, à l'accès de suffocation succède du *tirage*, c'est à dire une contraction des muscles inspirateurs moins violente que dans l'accès et persistant pendant une heure, une heure et demie, deux heures, et quelquefois davantage, jusqu'à huit ou dix heures.

Ainsi, le spasme ou l'accès est identique dans le vrai et le faux croup, et le tirage qui suit toujours le premier peut parfois accompagner le second. Le diagnostic différentiel se fait par la marche de la maladie. Ordinairement, la laryngite striduleuse débute brusquement; un enfant a la voix enrouée, il tousse un peu, et le soir, la nuit presque

toujours, d'un coup éclate l'accès qui dure quelques minutes et cesse peu à peu, le médecin appelé en toute hâte trouve le malade calme. Assez fréquemment les accidents se reproduisent une ou deux nuits de suite.

C'est là la laryngite striduleuse réduite à son minimum, il est clair qu'elle ne peut donner lieu à aucune confusion. Dans le croup, vous avez d'abord les fausses membranes, la toux rauque, la voix éteinte, puis la dyspnée, le tirage et l'accès de suffocation qui menace d'emporter le malade si l'on ne fait la trachéotomie. Ce qui distinguerait la laryngite striduleuse du croup ce serait l'absence d'angine—si tous les cas de croup s'accompagnaient d'angine, s'il n'y avait pas de croup d'emblée. Malheureusement il n'en est pas ainsi, il y a un croup d'emblée, ou bien, si l'angine existe, elle n'est pas appréciable. Vous concevez l'embarras du médecin en pareille circonstance, si vous vous rappelez que dans quelques cas de laryngite striduleuse le tirage persiste plusieurs heures.

Nous avons observé cette année dans le service deux faits de ce genre. Dans l'un, il s'agissait d'un vrai croup qui a été opéré; dans l'autre, d'une laryngite striduleuse pour laquelle on a fait également la trachéotomie. Pouvait-on faire le diagnostic? Vous allez en juger. Un enfant arrive dans nos salles sans trace apparente d'angine dans l'arrière-bouche, sa voix était enrouée depuis six jours, éteinte depuis deux jours, il avait eu de violents accès de suffocation, le tirage était encore très prononcé. On l'opéra dès son entrée. il rendit des fausses membranes en abondance, la canule fut retirée le sixième jour et il guérit. C'était manifestement un cas de vrai croup. Le deuxième enfant se présenta avec une toux rauque, la voix éteinte, sans traces d'angine dans l'arrière-bouche. Il fut pris, en arrivant, d'accès de suffocation répétés, à la suite desquels s'établit un tirage permanent. L'asphyxie était imminente, on fit la trachéotomie. Il ne rendit pas de fausses membranes, la canule fut enlevée au bout de quarante-huit heures et l'enfant guérit. Nous avons eu affaire à une laryngite striduleuse.

Cela m'amène à poser un petit nombre de questions auxquelles je voudrais répondre.

Peut-on distinguer le faux croup du vrai? La confusion, si elle existe, n'est-elle pas de nature à permettre de pratiquer la trachéotomie? Cette opération est-elle seulement excusable ou bien absolument commandée? Quel en est le résultat? s'accompagne-t-elle des mêmes dangers que dans la diphthérie?

Sur le premier point, il ne peut y avoir aucun doute: on peut confondre le vrai croup et la laryngite striduleuse. Archambault note la possibilité de cette confusion et Duhomme en a rapporté un exemple frappant qu'il a observé durant son internat à l'hôpital des enfants malades. Un enfant arrive avec tous les symptômes du croup; le chef de service, qui, si je ne me trompe était Guersant, juge qu'il y aura lieu de faire la trachéotomie et s'en remet à son interne du soin de la pratiquer. Duhomme qui venait de faire sans succès une série de trachéotomies, un peu découragé par ses échecs consécutifs, hésite, attend, si bien qu'au bout de quelques heures, les accidents se calment; le lendemain matin le malade était guéri et la respiration avait repris son rythme habituel. On avait eu affaire à une laryngite striduleuse.

L'enfant quitte l'hôpital. Il y revient trois mois après avec les mêmes symptômes que la première fois : toux rauque, voix éteinte, rien dans l'arrière-gorge, tirage prononcé. Guersant porte le diagnostic de laryngite striduleuse. C'était bien aussi l'avis de Duhomme qui surveille le malade. L'accès éclate, et devant l'imminence de l'asphyxie, il fallut faire la trachéotomie. L'enfant rejeta par la canule un flot de fausses membranes. Ainsi, deux fois, à trois mois d'intervalle, une erreur de diagnostic avait été commise sur le même sujet en sens inverse.

M. Bucquoy donnait des soins à un enfant qui fut pris soudain, pendant une nuit, d'un accès de suffocation prolongé et suivi de tirage persistant. Trousseau, appelé en consultation, examina le malade avec le plus grand soin, et déclara que, malgré l'absence de fausses membranes, on était en présence du croup. M. Bucquoy, un peu surpris, s'inclina devant la parole du maître, et s'établit à demeure auprès de l'enfant prêt à pratiquer la trachéotomie lorsqu'il en sera nécessaire. Mais l'accès se calme peu à peu, le tirage cesse à son tour et la respiration redevient normale. Deux ou trois heures après le départ de Trousseau, tout danger avait disparu. La nuit suivante, même accès qui se termine de la même façon dans la matinée.

Il y a quelques semaines, en rentrant chez moi, vers six heures du soir je trouve un enfant avec ses parents dans mon antichambre. Un médecin me les adressait en me priant de constater l'état de l'enfant et de fixer le moment où l'on devrait pratiquer la trachéotomie. J'examine le malade ; il était encore asphyxiant, mais il ne présentait rien dans l'arrière-gorge. J'interroge les parents et j'apprends que la veille au soir il avait eu un premier accès brusque qui s'était calmé graduellement ; qu'un second accès s'était produit le matin, et qu'à midi avait éclaté le troisième dont je voyais les restes. Cependant, la respiration revenait peu à peu, et j'engageai les parents à rentrer chez eux. Ils étaient venus de Saint-Mandé, et le voyage n'avait pas aggravé l'état de l'enfant, nouvel argument à mes yeux en faveur de la probabilité d'une laryngite striduleuse.

Vous le voyez, le diagnostic peut présenter des difficultés véritablement insurmontables ; mais l'asphyxie est une indication de trachéotomie, car le malade court grand risque de mourir de suffocation. Trousseau raconte, dans ses cliniques, qu'il fut mandé un jour à Juilly pour voir un enfant qui venait d'être pris d'un accès de suffocation. Lorsqu'il arriva, le malade avait déjà succombé. Le fait lui parut trop extraordinaire, dit-il, pour qu'il ne cherchât pas à s'éclairer sur la nature d'une affection aussi foudroyante. Il enleva avec précaution le larynx et la trachée, et l'examen de ces pièces démontra qu'il avait eu affaire à un faux croup.

Dans un cas semblable, dit encore Trousseau, M. Dumontpallier, pour empêcher une petite fille d'étouffer, n'hésite pas à pratiquer la trachéotomie, et M. Adolphe Richard, par cette opération, a rendu à sa mère un pauvre enfant qui mourait suffoqué par l'angine striduleuse.

À la suite de la trachéotomie dans le croup, l'enfant, court des dangers, c'est incontestable, on voit survenir des complications pulmonaires, le plus souvent une broncho-pneumonie, qui emportent le malade, — car les opérés qui meurent par le fait de l'intoxication diphthérique sont en petite minorité. En est-il de même dans la laryn

gite striduleuse ? A mon avis, les dangers sont moindres que dans le croup. Ce qui fait la gravité de cette dernière affection, ce n'est évidemment pas l'opération, mais la diphthérie. Les bronches ne sont pas saines, elles sont le siège de lésions diphthériques ; par conséquent, dans le faux croup, il y a beaucoup moins de chances de voir se développer une broncho-pneumonie. En général, en dehors de la diphthérie, la trachéotomie ne constitue pas une opération grave, et, pour n'en citer que deux exemples, je vous rappellerai les trachéotomies pratiquées dans le service, l'une pour un corps étranger des voies respiratoires, l'autre dans un cas de variôle. C'est à peine si le premier malade eut la fièvre traumatique, il revint à la santé en très peu de temps. Quant au second, il avait eu, dans le cours d'une variôle grave, des pustules au larynx qui avaient déterminé un rétrécissement laryngé, d'où tirage et suffocation. On l'opéra, le lendemain, il se levait bien portant. La canule fut retirée au bout d'un mois ; tout alla bien d'abord mais les accidents de suffocation reparurent, il fallut refaire la trachéotomie et introduire une canule. Une heure après l'opération, le malade se levait, allait, mangeait, en un mot, jouissait de la meilleure santé du monde.

En résumé, contrairement à l'opinion de beaucoup de médecins, il n'est pas toujours possible de faire le diagnostic différentiel entre le vrai et le faux croup. La laryngite striduleuse peut être une cause de mort par le spasme, et le danger est parfois tel que le malade succomberait sous les yeux des médecins s'il n'était opéré à temps. Enfin, la trachéotomie en dehors de la diphthérie ne constitue pas une opération grave.—*Le Praticien.*

**Traitement de la rougeole.**—Le Dr MACLEAN, d'Edimbourg, après avoir (*Lancet*, 13 octobre) rappelé les résultats désastreux obtenus parfois dans le traitement de cas isolés de rougeole, et le caractère fatal des épidémies qui ont visité, occasionnellement, les localités qui en avaient été exemptes depuis longtemps, fait les remarques suivantes au sujet du traitement :

Vu que cette maladie est regardée comme appartenant à la classe des affections zymotiques, nous avons deux points principaux à examiner au sujet de son traitement : 1<sup>o</sup> combattre le ferment producteur de la maladie ; 2<sup>o</sup> combattre les effets de ce ferment sur le système. Ces effets se font remarquer principalement sur les muqueuses, et en particulier sur la muqueuse pulmonaire. C'est en effet celle-ci qui est la plupart du temps intéressée dans les cas fatals et même dans ceux qui, sans amener la mort, sont suivis d'une convalescence lente et prolongée. La ligne de conduite que nous avons à suivre est donc là, nettement tracée devant nous : 1<sup>o</sup> Tâcher de diminuer la congestion de la muqueuse pulmonaire, cause immédiate du danger ; 2<sup>o</sup> combattre la violence de la maladie elle-même. J'ai ordinairement atteint ce but, et, je crois, avec succès, en donnant (disons à un enfant de deux ou trois ans) une cuillerée à thé de la potion suivante :

Vin d'ipeacuanha.....	1 drachme
Sirop de scille.....	1 once
Quinine.....	2 grains
Solution d'acétate d'ammoniaque q. s. pour faire	2 onces

Il va de soi que la proportion de quinine doit être augmentée suivant l'âge du malade.

Nous avons ainsi dans cette potion un expectorant stimulant et un diaphorétique pour diminuer la tension vasculaire des muqueuses et de la peau, et de plus, dans la quinine, un spécifique ayant pour effet de combattre la virulence du ferment. On peut modifier au besoin la rédaction de cette ordonnance; ainsi, par exemple, quand l'irritation bronchique et la toux sont intenses et durent longtemps, on ajoutera un peu de teinture de jusquiame. De même pour la quinine; quelquefois, l'estomac est si irritable qu'il devient nécessaire de ne pas administrer ce médicament dans la potion expectorante, comme plus haut; mais comme, d'un autre côté, il est urgent d'introduire la quinine dans le système afin de pouvoir détruire le ferment, on peut l'administrer à part, sous forme de poudre, mêlée au carbonate de fer sucré qui diminue l'effet irritant de la quinine administrée seule.

Ce mode de traitement de la rougeole est bon pour tous les cas *types* de la maladie, que l'attaque en soit légère ou grave, il rend plus particulièrement service quand il s'agit de cette forme dangereuse où l'éruption prend une teinte pourpre, et qui est éminemment fatale, dans l'opinion de tous. J'ai suivi cette méthode depuis bon nombre d'années, et dans beaucoup de cas, et j'ajouterai, pour justifier la publication de ces notes, que je ne me rappelle pas avoir jamais, depuis que je la mets en pratique, donné un seul certificat de mort causée soit par la rougeole elle-même soit par quelqu'une de ses complications ou de ses suites.—*Boston Medical and Surgical Journal*.

**Valeur diagnostique et thérapeutique des lavements simples d'eau froide dans le premier âge,** par le Dr. DEMLOW, de Breslau.

Appuyé sur l'observation d'un enfant âgé de 6 mois, affecté d'une fièvre intense, chez lequel tous les phénomènes morbides tombèrent presque subitement à la suite de l'administration d'un lavement d'eau froide, l'auteur conseille l'emploi de ce moyen au début des maladies, alors que le diagnostic est encore incertain. De deux choses l'une, ou bien il n'y aura pas de troubles organiques sérieux et l'on obtiendra très facilement la guérison d'une indisposition passagère, ou bien, dans les cas de processus inflammatoire véritable, on amènera une sédation momentanée qui permettra d'asseoir le diagnostic sur une analyse patiente des symptômes, et la réfrigération produite par le lavement aura par elle-même un effet, sinon curatif, au moins palliatif sur l'inflammation.—*Revue des maladies de l'enfance*.

**Du traitement de la paralysie infantile,** par le docteur ROBERT LEE.—Dans cette note, l'auteur appelle l'attention sur la valeur de la chaleur artificielle dans le traitement de la paralysie infantile. Il cite un cas grave dans lequel on fit usage jour et nuit de fomentations chaudes sur le membre malade. Le volume de ce membre devint bientôt égal à celui du membre sain, bien que la paralysie fût ancienne de huit années.—*Journal of Nervous and Mental Diseases*.—*Union médicale*.



## FORMULAIRE.

**Laryngite tuberculeuse.—Pepper.**

R.—Tr. benzoin. co.....	ʒii
Glycerinæ.....	ʒss
Aquæ.....	ʒiv

M.—En gargarisme.

**Bronchite.**

1° R.—Ammon. carb.....	ʒi
Extr. scillæ liquid.....	} ââ
Extr. senegæ liquid.....	
Tr. opii co.....	ʒii
Aquæ.....	ʒiiss
Syrup tolut.....	ʒi
	ʒv

M.—Dose : de trois à quatre cuillerées à thé au besoin.

2° R.—Ammon. mur.....	ʒii
Extr. glycyrrhizæ pulv.....	ʒi
Mucilag.....	} ââ
Aquæ.....	
	ʒiii

M.—Dose : une cuillerée à soupe toutes les deux ou trois heures.

3° R.—Pot. iodid.....	ʒiiss
Syrup tolut.....	} ââ ʒii
Glycerinæ.....	
Morph. sulph.....	gr. i

M.—Dose : une cuillerée à soupe toutes les quatre ou six heures.

4° R.—Vin. antimon.....	ʒss
Extr. senegæ liquid.....	} ââ ʒi
Spt. æth. nitros.....	

M.—Dose : de une à deux cuillerées à thé au besoin.

5° R.—Syrup. ipecac.....	} ââ
Syrup. scillæ.....	
Tr. opii co.....	
Spt. æth. nitros.....	
	ʒi

M.—Dose : de une à trois cuillerées à thé au besoin.—*Druggists' Circular.*

**Toux fatigante des bronchites.—Hare.**

R.—Liq. morph. acet.....	ʒiii
Acid. nitrici dil.....	ʒiiss
Oxymellis scillæ.....	ʒvi
Mucil. acaciæ.....	ʒiiss
Glycerini.....	ʒii
Syr. rhæados.....	ʒii
Aq. cinnam. ad.....	ʒvi

M.—Dose : une ou deux cuillerées à thé, cinq, six ou sept fois dans les vingt-quatre heures.

**Coryza aigu.**—*Bartholow.*

R.—Tinct. iodid.....	ʒss
Acid. carbolicum.....	ʒi

M.—Dans un petit flacon à large ouverture placez une éponge mouillée, puis mettez ce flacon dans un vase contenant de l'eau chaude; de cinq à dix gouttes de la solution ci-haut sont alors projetées sur l'éponge, et le malade aspire les vapeurs qui s'en exhalent.

**Diphthérie.**

R.—Pot. iodid.....	} ʒss ʒi
Pot. chlorat.....	
Aquæ .....	ʒiiii

M.—Dose : une cuillerée à thé toutes les demi heures aux enfants au-dessous de cinq ans; deux cuillerées aux enfants au-dessus de dix ans.

**Engelures.**—*Bartholow.*

R.—Acid. carbolicum .....	ʒi
Tinct. iodid .....	} ʒss ʒi
Acid. tannicum.....	
Cerat. simpl.....	ʒiv

M.—En onguent.

**Syphilis.**—*Yvon.*

R.—Hydrarg. biniodid.....	} ʒss gr. xv.
Pot. iodid.....	
Sod. phosphat. ....	ʒiiss
Aquæ destill.....	ʒxii

M.—Six minimes de cette solution (représentant  $\frac{1}{4}$  gr. de sel mercuriel) en injection hypodermique.

**Gonorrhée.**—*Dr H. L. Snow.*

R.—Ol. copaibæ .....	} ʒss ʒii
Ol. cubebæ .....	
Liq. potassæ.....	ʒiii ss.
Tinct. aurantii.....	ʒiii
Syrup. simpl.....	ʒii
Aq. menih. pip. q.s. ad.....	ʒviii

M.—Dose : Deux cuillerées à soupe trois fois par jour.

**Cystite.**—*Rosenthal.*

R.—Acide boracique.....	ʒo grs.
Eau.....	ʒo drach.
Sirup d'orange.....	ʒ½ —

M.—À prendre dans le cours de la journée.

En même temps l'auteur emploie des injections intra-vésicales avec une solution d'acide boracique à  $\frac{1}{4}$  gr.— *Lond. Practitioner.*

---



---

# L'UNION MÉDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTREAL, DECEMBRE 1883.

---



---

Pour tout ce qui concerne l'Administration ou la Rédaction, s'adresser, **par lettre**, à l'*Union Médicale du Canada*, Tiroir 2010, Bureau de Poste, Montréal, ou **verbalement**, soit au Dr A. Lamarche, No 276, rue Guy, soit au Dr H. E. Desrosiers, No 70, rue St. Denis, à Montréal.

L'abonnement à l'*Union Médicale* est de **\$3.00 par année**, payable d'avance. Ce montant peut être remis par lettre enregistrée ou par mandat-poste payable au Dr A. Lamarche.

**MM.** les abonnés sont priés de donner à l'Administration avis de leur changement de résidence et d'avertir immédiatement s'il survenait quelque retard dans l'envoi ou quelque erreur dans l'adresse du journal.

Les manuscrits acceptés restent la propriété du journal.

Tout ouvrage dont il sera déposé deux exemplaires à la Rédaction sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

Les seuls agents-collecteurs autorisés de l'*Union Médicale* sont M. G. H. CHARRIER pour la ville de Québec et les districts ruraux, et M. N. LÉGARÉ pour la ville de Montréal et la banlieue.

L'*Union Médicale du Canada* étant le seul journal de médecine publié en langue française sur le continent américain est l'organe de publicité le plus direct et le plus utile aux pharmaciens, fabricants d'instruments de chirurgie et autres personnes faisant affaires avec les membres de la profession.

L'*Union Médicale* ne donne accès dans ses colonnes d'annonces qu'aux maisons et produits qu'elle croit pouvoir recommander à ses lecteurs.

**MM.** GALLIEN et PRINCE, négociants-commissionnaires, 36, Rue Lafayette à Paris, France, sont les fermiers exclusifs de l'*Union Médicale* pour les annonces de maisons et de produits français et anglais.

Pour les annonces de produits canadiens ou des Etats-Unis, s'adresser à l'administration.

---

## Les asiles d'aliénés.

---

On se plaint beaucoup, en certain endroit, des lenteurs interminables apportées au transport des aliénés, de la prison où ils sont d'abord internés, à l'asile qui les doit recevoir définitivement. Ces plaintes n'ont rien que de très juste et de très légitime. Déjà, dans une correspondance publiée dans notre livraison de mars, M. le Dr Duquet, médecin attaché à l'asile des aliénés de la Longue Pointe, avait touché cette question et formulé les griefs élevés contre le système actuel. Il ne semble pas que cette réclamation ait eu l'effet désiré puisqu'on en est encore à se plaindre de la manière dont sont traités nos aliénés préalablement à leur entrée dans l'asile.

Deux faits doivent surtout, en cette question, attirer l'attention, et nous les soumettons humblement à l'examen de ceux que cela peut concerner. En premier lieu, les médecins sous les soins desquels les aliénés sont placés avant leur séquestration, tardent trop, bien souvent, à suggérer à la famille que le meilleur moyen de guérison serait de transférer le malade dans une maison de santé. Il faut dire aussi que plus souvent encore, ce sont les parents des malades qui refusent ou négligent de se conformer aux avis du médecin, et retardent autant qu'ils le peuvent le moment où ils devront en venir à cette pénible nécessité. Cependant, les parents sont peut-être, en cette occurrence,

moins à blâmer que le médecin qui a pu, lui, observer les premiers symptômes de l'aliénation mentale chez son client, et qui doit être le premier, dans bien des cas à donner l'alarme. Dans une note lue devant la *Middlesex North District Medical Society*, le Dr W. H. Lathrop disait, il n'y a pas très longtemps: "On a beaucoup parlé, dans ces derniers temps, de la prophylaxie de l'aliénation mentale. Ce sujet est très important et mérite qu'on s'y arrête, mais il est évident aussi que les médecins sont, mieux que personne, à même de travailler dans ce sens. Quand les malades sont devenus assez fous pour que la loi les déclare "aliénés" et les place sous bonne garde, (dans un hôpital ou ailleurs,) il n'est plus temps de songer à aucun traitement efficace. Ce n'est pas seulement la prophylaxie de l'aliénation mentale qui soit pour ainsi dire confiée aux médecins, mais encore le traitement des aliénés. Comme ce traitement ne demande ni médicaments ni soins que l'on puisse appeler *spécifiques*, il s'en suit que tout dépend des soins judicieux de la droiture de jugement et du sens commun de ceux qui ont à les traiter."

Quoiqu'il en soit, que la faute soit imputable aux médecins ou aux parents du malade, le résultat est le même. Aux premiers et souvent très légers symptômes de folie, succèdent des désordres plus sérieux, la maladie prend un caractère plus grave en l'absence de toute mesure thérapeutique, et quand on s'est enfin décidé à solliciter pour le malheureux une place dans un hospice, il est la plupart du temps trop tard. Le cas, de curable est devenu incurable, et celui qui n'était quelques mois auparavant qu'affecté de manie ou de monomanie passagère passe à l'état d'aliéné confirmé, et tout espoir de guérison doit, dès lors, être abandonné.

D'autre part, les nombreuses formalités et les retards inqualifiablement longs apportés par les autorités à l'admission des aliénés dans les asiles sont une nouvelle source de difficulté. D'après la loi telle qu'elle existe actuellement, un aliéné arrêté dans les rues de Montréal ou ailleurs est amené d'abord devant un magistrat, puis, sur certificat d'un médecin, est dirigé vers la prison où il séjourne un temps qui varie de un à quatre ou six mois (parfois même davantage, nous dit-on,) jusqu'à ce qu'un ordre du gouvernement le fasse interner dans un asile. Sans rien dire de la manière parfois un peu rude avec laquelle, dans l'interalle, on traite le malheureux aliéné, nous constatons que le seul retard apporté au transport du malade à l'asile, ajouté à celui que nous avons signalé plus haut comme étant le fait du médecin ou des parents et amis de l'aliéné, suffit à faire perdre à celui-ci toute chance de guérison, de sorte que l'asile se trouve ouvrir ses portes à un incurable. Cela est tellement vrai, que, à l'heure qu'il est, nous avons non pas des *hôpitaux* d'aliénés, ainsi que cela devrait être, c'est-à-dire des institutions où les sujets atteints de la maladie appelée "aliénation mentale" peuvent se faire traiter convenablement et en temps opportun, avec quelque chance de guérison, mais plutôt des *hospices* ou *asiles*, ainsi qu'on les nomme tous les jours, c'est-à-dire des établissements où l'on entasse les individus au sujet desquels on n'entretient plus aucun espoir de guérison ou même d'amélioration.

## Guerre aux charlatans.

---

Mr de Lamirande, l'agent du Collège des médecins et chirurgiens, nous écrit pour nous dire que plusieurs charlatans fameux ont eu, dernièrement, à se repentir d'avoir pratiqué sans licence. Ainsi, le sieur Racicot, de Montréal, ayant été poursuivi, a confessé jugement et payé la pénalité et les frais. Et d'un. Le citoyen Tom. Ward, résidant à Notre-Dame du Richelieu, a également été poursuivi, et a, lui aussi, confessé jugement. Après avoir, comme son compère Racicot, payé la pénalité et les frais, il a promis de ne plus pratiquer du tout. Et de deux. Un autre sire, repondant au nom de Jean-Baptiste Guay, et résidant à Saint-Gervais de Bellechasse, a eu le même sort que Tom Ward. Poursuivi, il a confessé ses péchés, reçu sa pénitence, c'est-à-dire sa condamnation à payer la pénalité et les frais, et finalement a fait acte de bon propos en jurant ses grands dieux qu'il ne pratiquerait plus à l'avenir. Et de trois. Isidore Provençal, de Windsor Mills, a eu plus de veine: il a pris la clef des champs aussitôt qu'il eut su qu'on lui cherchait querelle, et s'est enfui aux Etats-Unis, pays de la liberté! Et de quatre. M. de Lamirande nous dit aussi que deux nouvelles actions ont été prises contre des charlatans dans le cours du mois dernier.

Il est à espérer que l'agent du Collège saura persévérer dans un zèle aussi louable et mener à bonne fin la campagne entreprise contre l'intéressante contrée des rebouteurs et des vendeurs de racines. Nous profiterons de l'occasion pour conseiller à ceux de nos abonnés qui auraient quelque charlatan à dénoncer, de ne se gêner en aucune façon, mais de travailler au contraire de toutes leurs forces à seconder les recherches actives que fait M. de Lamirande dans le but de nous débarrasser de cette engeance. Dès lors qu'un individu pratiquant sans licence est signalé à l'attention de l'agent du Collège, il importe que toutes les preuves qui se peuvent réunir contre lui soient produites, afin que la condamnation suive de près la mise en accusation. En effet, l'insuccès d'un certain nombre d'actions précédemment intentées contre les charlatans se trouve expliqué par le fait que, la plupart du temps, les médecins qui veulent livrer les délinquants à la vindicte des lois ne se donnent pas la peine de produire ou même d'indiquer toutes les preuves de circonstance ou autres qui pourraient être apportées à l'appui de la cause. Une accusation dénuée de preuves suffisantes tourne facilement au ridicule et sert mieux l'accusé que l'accusateur. D'ailleurs, on sait que les actions intentées contre les charlatans par M. de Lamirande ne le sont qu'aux risques et périls de celui-ci. Si elles sont renvoyées déboutées, ce monsieur paye de sa propre bourse les pots cassés, et le Collège n'a rien à y voir. On ne sera donc pas trop surpris si notre limier prend ses précautions, et n'institue d'action qu'en autant que les preuves seront évidentes.

---

## A nos abonnés.

S'il est juste de rendre à César ce qui appartient à César, il ne l'est pas moins, croyons-nous, de rendre à l'UNION MÉDICALE DU CANADA ce qui lui est légitimement dû. Ceux de nos lecteurs qui nous sont redevables du prix de leur abonnement et à qui nous en avons, dernièrement, expédié la note, sont donc priés de vouloir bien prendre en considération le principe de justice renfermé dans l'axiôme ci-dessus, et de nous faire tenir, aussitôt que possible, le montant réclamé.

En s'imposant, cette année, les sacrifices nécessaires pour augmenter les dimensions des pages et du texte de l'UNION MÉDICALE, l'administration a cru pouvoir compter sur le bon vouloir et la libéralité de ses abonnés. Elle y compte encore et plus que jamais, aujourd'hui qu'il s'agit de soutenir ce qui est fait, et même d'aller au-delà, si cela devient jamais possible. Les directeurs de l'UNION n'ont jamais prétendu battre monnaie avec le journal. Toutes les recettes sont affectées à rencontrer les dépenses, et quand, à la fin de l'année, il est possible de joindre ensemble les deux bouts, l'administration peut être fière. L'abonné est en général mieux favorisé. Il en a (nous l'espérons du moins) pour son argent et même un peu plus, tandis que la rédaction se contente des fumées de la gloire. On avouera que c'est bien peu, et qu'à ce jeu-là, nous avons toutes les chances possibles de ne nous jamais enrichir.

Nous espérons donc que nos abonnés retardataires entendront notre appel, et sauront trouver au fond de leur bourse les humbles billets de banque après lesquels soupire ..... notre imprimeur, et qui devront apaiser, pour un temps du moins, l'avidité de cet insatiable Tantale.

## NECROLOGIE.

J. MARION SIMS, l'éminent gynécologiste américain, est mort subitement à sa résidence, à New-York, le 13 novembre dernier.

Né en janvier 1813, Sims étudia la médecine, d'abord à Charleston, puis au *Jefferson Medical College*, Philadelphie, où il prit ses degrés en 1835.

C'est à Montgomery, Alabama, qu'il fit ses débuts comme chirurgien et comme gynécologiste. En 1853, il vint se fixer à New-York où, tout en se créant une excellente clientèle, il parvint, en dépit d'obstacles sans nombre et avec des ressources d'abord excessivement limitées, à fonder le *Woman's Hospital*, admirable institution qui sera toujours la gloire de la gynécologie américaine et qui consacre à jamais le nom de son illustre fondateur. Sims fut le premier chirurgien du *Woman's Hospital* en 1854, et ce fut lui qui donna les plans du nouvel édifice construit en 1866 pour remplacer la bâtisse servant d'hôpital provisoire. Les premiers collègues de Sims à cet hôpital furent les Docteurs Emmet, Thomas et Peaslee.

Depuis 1862, Sims résidait presque autant en Europe qu'à New-York, passant des semaines et des mois à Paris, Bruxelles, Londres et Berlin, visitant les hôpitaux où souvent on l'invita à opérer, recevant de nombreux et illustres clients, et se faisant partout un nom considérable.

Napoléon III le créa Chevalier de la Légion d'Honneur. Lors de la guerre franco-prussienne, il s'attacha au service de l'ambulance anglo-américaine en qualité de chirurgien-en-chef, et comme tel, rendit d'immenses services après le désastre de Sedan.

Sims était membre d'un grand nombre de sociétés savantes des Etats-Unis et de l'étranger. En 1875 il était élu président de l'Association médicale américaine.

Il est inutile, a dit un des biographes de l'éminent gynécologiste (*New-York Medical Journal*), d'esquisser davantage la vie de Marion Sims ; cette vie forme partie de l'histoire de la médecine américaine et doit être gravée dans la mémoire de tous ceux qui sont au fait de cette histoire. Bien qu'il n'ait jamais été professeur, Sims était au plus haut degré ce qu'on peut appeler un maître. Il était phénoménalement fécond en fait de suggestions et de bons conseils qui, recueillis avidement par ceux à qui ils étaient donnés, ont été, à l'insu même de leur auteur, le point de départ de nombreux progrès dans l'art gynécologique.

Sims écrivait relativement peu. Son principal ouvrage a été ses *Notes cliniques sur la chirurgie utérine* qui fut publié à Londres en 1866 et à New-York en 1867. Cet ouvrage, frappant d'originalité, a fait, lors de sa publication, une impression profonde sur tous ceux qui l'ont lu ; aussi fut-il bientôt traduit en plusieurs langues, et les plus éminents gynécologistes se plaisent-ils à le citer.

Comme chirurgien et comme opérateur, Marion Sims se faisait remarquer par son habileté et sa hardiesse. Il possédait si bien son art que l'on a pu dire qu'il était à lui seul une bibliothèque vivante. Il est difficile de prévoir d'une manière précise ce que deviendront dans l'avenir ses doctrines et son enseignement. Une partie en sera peut-être renversée, mais on ne peut nier l'influence immense exercée par Sims sur les progrès de la gynécologie ; il a pour ainsi dire, par ses seuls efforts et son seul travail, fait progresser d'un demi-siècle l'art auquel il a attaché son nom."

On sait que Sims a inventé un spéculum dont se servent aujourd'hui tous les gynécologistes. Ses principaux ouvrages sont, outre les *Notes cliniques sur la chirurgie utérine* dont nous avons parlé plus haut : *du trismus chez les nouveaux nés*, *emploi du microscope dans le diagnostic de la stérilité* ; *histoire de la découverte de l'anesthésie* ; *des tumeurs fibreuses intra-utérines*.

---

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

---

—T. Wesley Mills (M.A., M.D., L.R.C.P., Lond.) *An Examination of some controverted points on the Physiology of voice, especially the registers of the singing voice and the falsetto.*

—*Announcement of the regular session of 1884 of the Hospital College of Medicine,* Louisville, Ky.

---

## NOUVELLES MÉDICALES.

**Nomination.**—M. le Dr N. E. Dionne, rédacteur en chef du *Courrier du Canada*, vient d'être nommé inspecteur d'anatomie pour le district de Québec.

**Journal d'hygiène.**—On nous informe que la Société Canadienne-Française d'Hygiène, aussitôt les fonds nécessaires souscrits, commencera la publication d'un journal d'hygiène qui sera l'organe officiel de cette association.

**Académie des sciences, de Paris.**—M. le prof. CHARCOT a été élu membre de l'Académie des sciences aux lieu et place de feu M. le baron J. Cloquet. Les concurrents étaient les prof. Sappey et Hayem.

**Vexations.**—Le journal l'*Hygiène pratique* vient d'être interdit en Allemagne. Cependant ce journal, rédigé par un comité de savants et de vulgarisateurs tels que : MM. le docteur de Pietra Santa, Camille Flammarion, Louis Figuier, W. de Fonvielle, H. de Parville, Hément, E. Monin, Ed. Barré, etc., s'applique uniquement à vulgariser la science d'hygiène, sans jamais s'occuper de questions politiques. Cet acte de rigueur est inexplicable.

**Faculté de médecine de Paris.**—M. le prof. PAJOT a été, sur sa propre demande, transféré du cours d'accouchements à la chaire de clinique obstétricale laissée vacante par la mort du professeur Depaul.

M. DAMASCHINO a été choisi par la Faculté comme devant remplacer, à la chaire de pathologie interne, M. Jaccod nommé professeur de clinique médicale à la Pitié. Les candidats à cette chaire étaient classés dans l'ordre suivant : MM. Damaschino, Dieulafoy, Grancher.

**Condoléances.**—A une assemblée générale de Messieurs les étudiants de l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal, tenue le 9 courant dans une des salles de cette institution, les résolutions suivantes ont été adoptées :

Proposé par M. O. J. Comtois, secondé par M. J. H. Leduc :

"Que MM. les étudiants de l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal ont appris avec regret et douleur la mort de leur bien-aimé professeur d'Obstétrique, le Dr E. H. Trudel."

Proposé par L. S. Beliveau, secondé par M. F. Simard :

"Que des condoléances soient présentées à la famille du regretté défunt."

Proposé par M. P. J. Birtz, secondé par M. F. C. D. Marquis :

"Que MM. les étudiants portent le deuil pendant un mois."

Proposé par M. P. J. L. Bissonnette, secondé par M. A. Chrétien :

"Que copie de ces résolutions soit transmise aux journaux."

---

 NAISSANCES.

GATIEN.—A Granby, le 11 novembre, la dame du Dr Félix Gatien, un fils.

DESROCHES.—A Montréal, le 15 novembre, la dame du Dr J. I. Desroches, une fille.



## COLLABORATEURS

AU XIII<sup>E</sup> VOLUME DE "L'UNION MÉDICALE DU CANADA."

---

ARCHAMBAULT, DR G., Montréal,  
BERGERON, DR J. N., Stanfold, Q.,  
BROSSEAU, DR A. T., Montréal,  
DAVID, M. Arthur, Montréal,  
DESROCHES, DR J. I., Montréal.  
DESROSIERS, DR H. E., Montréal,  
DEVLIN, M. Frank, Montréal,  
DUQUET, DR E. E. Longue Pointe, Q.,  
FAFARD, DR N., Montréal,  
FILATRAULT, DR C. M., Montréal,  
FOUCHER, DR A. A. Montréal,  
GRAY, M. Henry R., Montréal,

JOYAL, M. Arthur, Montréal,  
LACHAPELLE, DR Séverin, St. Henri de  
Montréal,  
LAMARCHE, DR A., Montréal,  
LARAMÉE, DR A., Montréal,  
LEROUX, DR J., Montréal,  
LIPPÉ, DR J., St. Ambroise de Kildare, Q.,  
MARSIL, DR D., St. Eustache,  
MCGALE, M. B. E., Montréal,  
PRÉVOST, DR L. C., Ottawa,  
SURPRENANT, M. J., Montréal  
TRUDEL, DR Aimé, St. Etienne des Grès, Q.,  
VALIN, MR Chs. N., Montréal.

# TABLE DES MATIÈRES.

---

- Abcès, chauds, 75 ; iliaque, 104 ; périnéphrétique, 449.  
Abus, un, 445 ; de charité médicale, 288.  
Académie américaine de médecine, 494.  
Accouchement, emploi local des antiseptiques après l', 525 ; effet de la trachéloraphie sur l', 525 ; laborieux, emploi de l'ipéca dans l', 78 ; sans douleur au moyen d'inhalations d'éther bromhydrique, 481 ; moyen de faciliter l', 567.  
Accouchements en France, 448.  
Acide, boracique (borique), 228, 503 ; chronique dans le traitement des polypes du nez, 361 ; phénique en lotions dans la variole, 35 ; salicylique, dans le traitement du rhumatisme, 416, action sur le cœur, 133.  
Acides minéraux, action physiologique et usages des, 296, 452.  
Acné, traitement de l', 489.  
Acte d'anatomie, 187, 190, 231, 535.  
Acte médical et les sages-femmes, l', 45.  
Admission à l'étude de la médecine, 141, 191, 536.  
Affections, chirurgicales des voies urinaires, 3 ; organiques du cœur, traitées par la caféine, 26, compliquées de vertige, 68.  
Agapes, 91.  
Albuminurie chez les enfants, 225.  
Albuminuries, les, 425.  
Alcool, dans le traitement des brûlures, 314 ; en injections dans les abcès chauds, 75.  
Aliénés, à la Longue Pointe, asile des, 93 ; transport des, 114, 578.  
Aliments, falsification des, 280.  
Améliorations faites à l'UNION MÉDICALE, 42.  
Anénorrhée, traitement de l', 86.  
Ammoniaque comme anthelminthique, du muriate d', 13.  
Amygdalite, traitement de l', 37.  
Anasarque, traitement de l', 215.  
Anatomie, l'acte d', 187, 190, 231, 535.  
Anesthésie caustique, 311.  
Anesthésiques durant le travail, emploi des, 314, 524.  
Angine de poitrine, 68 ; traitement de l', 117.  
Antiseptiques après l'accouchement et l'avortement, emploi des, 525.  
Antropophagie, désavantages de l', 347.  
Aphthes, traitement des, 85.  
Archambault, Dr. G. ; du diabète sucré, 7, 62.  
Arme à feu, blessure par, 509.  
Arsenic dans le traitement du diabète, 434.  
Articulations, extension forcée des, 32.  
Ascarides, perforation des intestins par les, 115.  
Asile des aliénés, 578 ; de la Longue-Pointe, 93.  
Association, des dentistes, 494 ; française pour l'avancement des sciences, 335 ; médicale canadienne, 447 ; sanitaire du Canada, 282.  
Asthme, permanent, 255 ; traitement de l', 136, 185.  
Ataxie et syphilis, 78, 529.  
Atropine dans le traitement du coryza, 119.  
Avortement, emploi local des antiseptiques après l', 525 ; extraction du placenta après l', 34 ; extrait de noix longue pour prévenir l', 279 ; traitement de l', 86.  
Benzoate de soude dans le traitement de la diphthérie, usage du, 298.  
Bergeron, Dr. J. N., abcès iliaque, carie probable de l'os innominé, 104.  
Bibliographie, 47, 91, 140, 188, 236, 234, 380, 447, 493, 537, 531.  
Bigelow, lithotritie rapide d'après la méthode de, 430.  
Bishop, Université, 287.  
Bismuth, le pansement au, 564.

- Blennorrhagie, traitement de la, 41, 85 ; du vagin, 159.  
 Blessure par arme à feu, 509.  
 Bongies nouvelles pour les maladies des voies urinaires, 268.  
 Brèveté du cordon ombilical, 317.  
 Bright, maladie de, 19, 41, 117 ; diagnostic précoce de la, 518.  
 Bromure, d'éthyle dans l'accouchement, 481 ; de potassium, 461, 462, 507.  
 Bronchite, traitement de la, 136, 533, 576.  
 Broncho-pneumonie, traitement de la, 278.  
 Brossseau, Dr. A. T., affections chirurgicales des voies urinaires, 3 ; hypertrophie de la prostate, 97 ; cathétérisme de l'urètre chez l'homme et ses difficultés, 249 ; diagnostic et traitement de quelques maladies du testicule, 545.  
 Brown-Séquard, formule de, 41.  
 Brûlures, traitement par l'alcool, 314.  
 Bureau, de sante, 501 ; des gouverneurs du C. M. C. P. Q., assemblée triennale du, 283.  
  
 Cadavres, les enlèvements de, 46.  
 Caféine dans les maladies du cœur, emploi de la, 26.  
 Calculs rénaux et vésicaux, traitement médical des, 470.  
 Camomille dans le traitement de la diarrhée des enfants, de la, 326.  
 Cancer, nouveau traitement du, 123 ; du col, traité par le nitrate de plomb, 230 ; du sein, traitement du, 316.  
 Carrière, Dr. P., sonnet : la femme médecin, 96.  
 Cataracte, de la, 49, 193, 292.  
 Catarrhe naso-pharyngien, 328.  
 Cathartique efficace chez les enfants, 229.  
 Cathétérisme de l'urètre chez l'homme : ses difficultés, 249.  
 Céphalalgie, chez les enfants, 83 ; de croissance, 304.  
 Cerveau de Gambetta, 138.  
 Charlatans, guerre aux, 580.  
 Chancre, destruction du, 135.  
 Chancreoïdes, traitement des, 41.  
 Chanvre indien dans la ménorrhagie, 367.  
 Charité médicale, abus de, 288.  
 Cheveux, chute des, 137.  
 Chimie médicale, 14, 110, 252, 456.  
 Chirurgie infantile, 343.  
 Chloral, dans le traitement de l'éclampsie puerpérale, 314 ; traitement de la chorée par le, 461.  
 Chlorate de potasse dans le traitement de la diphthérie, 298.  
 Chloroforme dans le traitement de l'éclampsie puerpérale, 314.  
 Chlorose, troubles nerveux, génitaux et urinaires de la, 166.  
 Chokeystomie, 220.  
 Choléra, le, 447.  
 Chorée, traitement de la, 461, 533.  
 Chronique, 188, 236, 322, 381, 539.  
 Chute des cheveux, traitement de la, 137.  
 Cirrhose alcoolique, traitement de la, 471.  
 Clinique d'obstétrique, 87.  
 Cœur, action de l'acide salicylique sur le, 183 ; intermittence et irrégularité des battements du, 490 ; de la caféine dans les maladies organiques du, 26 ; convallaria maialis dans les affections du, 118 ; de la vénésection dans les maladies organiques du, 168 ; du vertige dans les maladies du, 68 ; rhumatisme articulaire aigu chez les enfants, complication de maladie organique du, 84.  
 Collège, des Médecins et Chirurgiens, P. Q., 89, 141, 191, 240, 283, 330, 376, 495 ; de Pharmacie, 494.  
 Colique des peintres, traitement de la, 276.  
 Coma diabétique, 118.  
 Commandements du médecin, les, 143.  
 Communications, Dr S. Lachapelle, 17 ; M. B. E. McGale, 160.  
 Compression du cerveau par épanchement sanguin, 120.  
 Conseils pratiques, 234.  
 Constipation, chez les enfants, traitement de la, 490 ; opiniâtre et chronique, traitement de la, 40, 278, 374.  
 Contribution annuelle des membres du C. M. C. P. Q., 89.  
 Convallaria maialis dans les maladies organiques du cœur, 118.  
 Convention sanitaire, 93.  
 Coqueluche, traitement de la, 85, 185, 215.  
 Cordon ombilical, brèveté du, 317.

- Correspondance, petite, 284.  
 Cors, traitement des, 375.  
 Coryza, traitement du, 119, 230, 374, 577.  
 Couches, traitement des suites de, 566.  
 Coxalgie tuberculeuse infantile, traitement de la, 522.  
 Crâne, compression par épanchement sanguin dans le, 120 ; complications des traumatismes du, 168.  
 Crémation, projet de loi sur la, 94.  
 Cristallin, subluxation traumatique du, 158.  
 Croissance, céphalalgies de, 304.  
 Croup, 60, 501 ; turbitin minéral dans le traitement du, 25 ; traitement par l'émétique, 322.  
 Cuivre, traitement des éphélides par l'oléate de, 490.  
 Curare dans le traitement de l'épilepsie, 41.  
 Cystite, traitement de la, 85, 126, 137, 577.
- Décès, 48, 96, 143, 192, 240, 288, 336, 448, 496, 544.  
 Déchirure du périnée, moyen de prévenir la, 269.  
 Délivrance par traction et par expression, 437.  
 Dentistes, association des, 464.  
 Déplacements utérins, nouveau traitement des, 179.  
 Dermate érythémateuse, traitement de la, 444.  
 Désarticulation coxo-fémorale à lambeau postérieur unique, 198, 245.  
 Desroches, Dr J. I., puissance toxique des médicaments actifs dans les cas de lésions rénales, 148 ; considérations générales sur les dyspepsies, 549.  
 Desrosiers, Dr H. E., action physiologique et thérapeutique de la nitro-glycérine, 106, 153 ; action physiologique et usages des acides minéraux, 296, 452 ; notes de thérapeutique, 502.  
 Diabète, sucré, 7, 62 ; coma dans le, 118 ; traitement par l'arsenic, 434.  
 Diarrhée, pilule contre la, 40 ; infantile, 227, 320, 326, 329, 343, 368, 441 ; du salicylate de soude dans la, 303 ; de la fièvre typhoïde et son traitement, 40.  
 Dilatateur nouveau pour la trachéotomie, 433.  
 Diphthérie, 501 ; traitement de la, 40, 112, 298, 577.  
 Drainage chirurgical, nouveaux instruments pour le, 472.  
 Duquet, Dr E. L., la question du transport des aliénés, 114.  
 Dysménorrhée, traitement de la, 375.  
 Dyspepsie, traitement de la, 278 ; atonique, 533 ; et ulcère simple de l'estomac, 302 ; d'origine cérébrale, 266 ; considérations générales sur la, 549.  
 Dysenterie chronique, formule contre la, 136.
- Eau, en injections sous-cutanées pour calmer la toux, 347, 503 ; froide, chez les enfants, valeur du lavement d', 575.  
 Éclampsie, infantile, traitement de l', 324 ; puerpérale, traitée par le chloral et le chloroforme, 314, traitée par la morphine, 366.  
 École de Médecine et de Chirurgie de Montréal, 190, 494.  
 Écraseur et thermo-cautère, leur emploi combiné, 124.  
 Eczéma, formules contre l', 184, 489 ; de la face, traitement de l', 489 ; des parties génitales, traitement de l', 319.  
 Éducation physique de la deuxième enfance, 208.  
 Élections triennales du Bureau des Gouverneurs, 283.  
 Étiologie dans le traitement du croup, l', 322.  
 Émissions sanguines, des, 559.  
 Empoisonnement, par la fougère mâle, 38 ; par le gaz des fosses d'aisance, 39 ; par l'hyoscyamine, 38 ; par la sautonine, 345.  
 Encéphale, diagnostic des lésions traumatiques de l', 216.  
 Enfants, albuminurie chez les, 225 ; cathartique efficace chez les, 229 ; chirurgie des, 343 ; diarrhée chez les, 227, 320, 326, 343, 368, 441 ; fièvre typhoïde chez les, 372 ; hygiène et éducation physique de, 208 ; lavement d'eau froide chez les, 575 ; maux de tête chez les, 83 ; méningite chez les, 108 ; diagnostic des paralysies chez les, 79 ; complications cardiaques du rhumatisme chez les, 84 ; traitement de la constipation chez les, 490 ; de l'éclampsie des, 324 ; de l'entérite catarrhale des, 329 ; de l'érysipèle chez les, 373 ; de l'incontinence d'urine chez les, 185, 229, 328 ; de la leucorrhée des, 370 ; traitement de la paralysie des, 575 ; de la pneumonie chez les, 136 ; du rhumatisme articulaire aigu chez les, 444 ; des spasmes des voies respiratoires chez les, 86 ; de la syphilis des, 133.  
 Engelures, traitement des, 137, 230, 577.  
 Élévations de cadavres, les, 46.  
 Enseignement médical aux États-Unis, 492.  
 Entérite catarrhale chez les enfants, 329.

- Epanchement sanguin dans le crâne, compression par, 120.  
 EpauLe, procédé nouveau de réduction des luxations de l', 172.  
 Ephérides, traitement des, 490.  
 Epidémie puerperale, formes diverses d', 438.  
 Epilepsie, particularités relatives à l', 352 ; traitement de l', 40, 41, 462.  
 Ergot de seigle associé au salicylate de soude et à la quinine, 534.  
 Errata, 94, 185, 493.  
 Eruption dans la scarlatine, la variole et la rougeole, marche de l', 443.  
 Erysipèle, traitement de l', 184, 373 ; traumatique, 126.  
 Etats-Unis, l'enseignement médical aux, 492.  
 Ether, en injections dans les cas d'hémorrhagie, 116 ; bromhydrique, en inhalations dans l'accouchement, 481.  
 Etiologie de la fièvre typhoïde, 497.  
 Etiquette médicale, question d', 186, 446.  
 Études médicales, 491 ; examens pour l'admission aux, 141, 191, 536.  
 Etudiantes, encore les, 283.  
 Etudiants nouveaux, 287.  
 Examen, des urines, 228 ; rectal dans les cas de pierre dans la vessie, 32.  
 Examens préliminaires du C. M. C. P. Q., 141, 191, 536.  
 Expression, délivrance par, 437.  
 Exposition hygiénique de Berlin, 240.  
 Extension, continue dans ses applications au membre inférieur, 236 : forcée des articulations, 32.  
  
 Fafard, Dr N., chimie médicale : des fermentations, 14, 110, 252, 456.  
 Falsifications des aliments et des médicaments, 280.  
 Femme médecin, la, 96.  
 Femmes enceintes, traitement de l'inappétence des, 533.  
 Fermentations, des, 14, 110, 252, 456.  
 Fertilité et l'accouchement, effet de la trachéloraphie sur la, 525.  
 Fièvre, puerperale, traitement de la, 271, 525 : typhoïde, accidents pouvant compliquer la, 429, étiologie de la, 497, le plexus solaire dans la, 163, traitement de la, 213, 308, chez l'enfant, formes et diagnostic, 372.  
 Filiatrault, Dr C. M., méningite cérébrale, 289 ; de l'abcès périnéphrétique, 449.  
 Fistule, anale, traitement de la, 125 ; vesico-vaginale, recto-vaginale et urethro-vaginale, 221.  
 Foucher, Dr A. A., de la cataracte, 49, 193, 292 ; nevrite optique et maladies cérébrales, 337 ; contribution à l'étude du jequirity, 385.  
 Fougère mâle, empoisonnement par la, 38.  
 Fracture de la rotule, 75, 125.  
 Fractures, ouvrages sur les, 90 ; phlyctènes dans les, 220.  
 Furoncle, formule contre le, 444.  
  
 Galactorrhée, traitement de la, 316.  
 Cambetta, autopsie de, 94 ; cerveau de, 138.  
 Gaz des fosses d'aisance, empoisonnement par les, 39.  
 Gelsemium dans le tétanos, 201.  
 Gerçures, aux mamms, formule contre les, 328 ; du mamelon, traitement des, 86, causes d'infection puerperale, 440.  
 Glande lacrymale, syphilis de la, 277.  
 Glycerine, à l'intérieur, effets de la, 211 ; combinée à l'huile de ricin, 160.  
 Goitre, opération de, 432 ; traitement du, 184 ; exophtalmique, 329.  
 Gonorrhée, formules contre la, 328, 577.  
 Gray, Henry R., la vente des poisons, 113.  
 Grenouillette, traitement de la, 465.  
 Grossesse, durée de la, 37 ; nouveau signe de la, 37 ; traitement des vomissements de la, 480.  
 Grossesses étranges, 210.  
  
 Harvard, Université, 543.  
 Hémiplegie liée à l'hémorrhagie cérébrale, 241.  
 Hémorrhagie, dans les opérations sur l'articulation coxo-fémorale, 267 : traitée par les injections d'ether, 116 ; cérébrale, de l'hémiplegie liée à l', 241 ; post-partum, 75, moyen de la prévenir, 270, traitement par la teinture d'iode, 482 ; utérine, après la ménopause, 524.  
 Hémorrhoides, formules contre les, 36, 375.  
 Hémostase, 534 ; par pincement, 308.  
 Hernie étranglée, réduction par les injections de morphine, 219 ; ventrale, 59.

- Herpès vulvaire avec prurit, traitement de l', 490 ;  
 Hôpital, flottant, 336 ; Notre-Dame, 18, 47, 336, 384.  
 Hôpitaux de Londres, 287.  
 Hydrocèle, traitement de l', 123, 465.  
 Hygiène de la première enfance, 208.  
 Hyosciamine, empoisonnement par l', 38.  
 Hyperidrose des mains et des pieds, 443.  
 Hypertrophie de la prostate, 97.  
 Hypophosphites dans le traitement de la phthisie pulmonaire, 277.  
 Hystérie, formule contre l', 489.  
 Impuissance, traitement de l', 40.  
 Inappétence des femmes enceintes, formule contre l', 533.  
 Incontinence d'urine chez les enfants, 185, 229, 323.  
 Infection puerpérale causée par gerçures du mamelon, 440.  
 Injection, d'alcool dans les abcès chauds, 75 ; de Reliquet dans la cystite chronique, 126.  
 Injections sous-cutanées, d'eau pour calmer la toux, 347, 503 ; d'éther dans les cas de mort imminente par hémorrhagie, 116 ; d'iodoforme dans le traitement de la syphilis, 132 ; de morphine dans l'éclampsie puerpérale, 336, dans la hernie étranglée, 219.  
 Insertion vicieuse du placenta, 317.  
 Insomnie nerveuse, 279.  
 Intermittence des battements du cœur, formule contre l', 490.  
 Iode dans le traitement des hémorrhagies post-partum, 482.  
 Iodoforme, dans le traitement des hémorrhoides, 86, de la syphilis, 132 ; mode d'emploi de l', 74 ; odeur de l', 160, 185 ; pansement à l', 360.  
 Iodure de plomb dans le traitement de la mastite puerpérale, 270.  
 Ipec dans les accouchements laborieux, 78.  
 Irrégularité des battements du cœur, formule contre l', 490.  
 Jambe, ulcère syphilitique de la, 134.  
 Jéquirity, contribution à l'étude du, 385.  
 Journaux nouveaux, 286, 384, 583.  
 Kairine, 505.  
 Kélotomie, traitement du sac dans la, 521.  
 Kingston, l'imbroglia de, 43.  
 Kystes sous-cutanés traités par les injections d'acide phénique, 465.  
 Lachapelle, Dr S., communication, 17 ; croup, rougeole et scarlatine, 60 ; de la méningite chez les enfants, 108 ; hygiène et éducation physique de la première enfance, 208 ; croup et diphtérie, bureau de santé, 501.  
 Lait, dans la maladie de Bright, cure de, 41, effets de quelques médicaments sur la sécrétion du, 119.  
 Laramée, Dr J. A., du rhumatisme blennorrhagique, 145 ; de l'hémiplégie liée à l'hémorrhagie cérébrale, 241 ; étiologie de la fièvre typhoïde, 497.  
 Laryngite, striduleuse, 571 ; ulcéreuse, formules contre la, 533, 576.  
 Larynx, phthisie du, 329.  
 Laudanum, emploi du, 343.  
 Laval, Université, 190, 336, 494, 543.  
 Lavement d'eau froide chez les enfants, valeur du, 575.  
 Leroux, Dr J., empoisonnement par la santonine, 345.  
 Lettres aux deux Wilfrid, 52, 202, 416.  
 Leucoplasie buccale, 181, 482.  
 Leucorrhée, 129 ; traitement de la, 319 ; infantile, 376.  
 Ligaments larges, rapports entre les tumeurs ovariennes et les, 366.  
 Lippé Dr J., traitement de la diphtérie par le chlorate de potasse et le benzoate de soude, 298.  
 Lithotritie rapide suivant la méthode de Bigelow, 357, 430.  
 Loi sanitaire, projet de, 47.  
 Lombries, accidents produits par les, 327.  
 Lumière électrique en chirurgie, la, 219.  
 Luxations, ouvrages sur les, 90 ; de l'épaule, nouveau procédé de réduction, 172.  
 Mal perforant, 562.  
 Maladie de Bright, 19, 117, diagnostic précoce de la, 518.  
 Maladies, cérébrales, de la névrite optique dans les, 337 ; organiques du cœur, traitées par le convallaria maialis, 118, traitées par la saignée, 168 ; des voies urinaires, nouvelles sondes et bougies pour les, 268.

- Mamelles, tumeurs malignes des, 272.  
 Mamelon, gerçures du, 86, 440.  
 Mariages, 48, 96, 143, 192, 240, 288, 384, 448, 496, 544.  
 Marsil, Dr D., mémoire sur la désarticulation coxo-fémorale à lambeau postérieur unique comme procédé d'élection, 198, 245.  
 Mastite, traitement de la, 270, 316.  
 Masturbation, traitement des cas rebelles de, 532.  
 Maux de tête chez les enfants, 83.  
 McGale B. E., communication, 160.  
 McGill, Université, 190, 286, 336, 494.  
 Médecin, les commandements du, 143.  
 Médecine, examens pour l'admission à l'étude de la, 141, 191, 536.  
 Médecins et Chirurgiens, P. Q., Collège des 141, 191, 240, 283, 495.  
 Médicaments, actifs dans les cas de lésions rénales, puissance toxique des 148 ; styptiques en chirurgie, utilité des, 72 ; falsification des 280.  
 Mémoire sur la désarticulation coxo-fémorale à lambeau postérieur unique comme procédé d'élection, 198, 245.  
 Meningite, cérébrale, 289 ; infantile 108.  
 Ménopause, valeur diagnostique de l'hémorrhagie utérine après la, 524.  
 Ménorrhagie, traitement de la, 328, 367.  
 Menstruation, à la suite de lésions chirurgicales, troubles de la, 130 ; mammaire 112.  
 Mesures sanitaires 331.  
 Métorrhagie, formule contre la, 375.  
 Migraine, traitement de la, 374, 515.  
 Montreal Dispensary, 336.  
 Montreal General Hospital, 335.  
 Montréal, école de médecine et de chirurgie de, 191, 494 ; société médicale de, 543.  
 Morphine en injections sous-cutanées, dans l'éclampsie puerpérale, 366, dans la hernie étranglée, 219.  
 Mort rapide dans la pneumonie, 260.  
 Myélite aiguë, 463.  
  
 Naissances, 48, 96, 143, 192, 240, 288, 336, 384, 448, 544, 583.  
 Nécrologies : Sir Ths Watson, 47 ; Sedillot, 142 ; Luer, 190 ; Lasègue, 236 ; Van Buren, 236 ; Dr W. E. Scott, 286 ; Martin-Damourette, 336 ; Boequillon, 336 ; Druitt, 336 ; Dr Filhol, 447 ; Paolini, 447 ; Valentin, 447 ; Dr A. Contour, 448 ; Archambault, 448 ; Parrot, 448 ; Dr E. H. Trudel, 537 ; Depaul, 538 ; Dr Sewell, 539, Charles H. Crane, 539 ; Marion Sims, 581.  
 Névralgie, formule contre la, 136 ; trifaciale, traitement de la, 329.  
 Névrite optique, et maladies cérébrales, 337.  
 Nickel, sels de, 507.  
 Nitrate, d'argent dans le traitement des vomissements de la grossesse, lotions au, 439 ; de plomb dans le cancer du col, 230  
 Nitrite de soude, 502.  
 Nitroglycérine, action physiologique et thérapeutique, 106, 153.  
 Noix longue pour prévenir l'avortement, extrait de, 279.  
 Noix vomique et quinquina, 444.  
 Notes de thérapeutique, 592.  
  
 Obstétrique, clinique d', 87.  
 Odeur de l'iodoforme, 160, 185.  
 Oléate de cuivre dans le traitement des éphélides, 490.  
 Opération des fistules vésico-vaginales, recto-vaginales et urethro-vaginales, 221.  
 Opérations graves chez les septuagénaires, 28.  
 Opium dans le traitement de la péritonite, 28.  
 Orchite, formule contre l', 375.  
 Ovariectomie pendant la grossesse, 78.  
  
 Paralyse, agitante, 254 ; consécutive à un traumatisme cérébral, 155 ; hystérique, diagnostic entre la polyomyélite antérieure et la, 420 ; infantile, diagnostic, 79, traitement, 575 ; syphilitique générale, 274.  
 Paris, académie des sciences de, 583 ; faculté de médecine de, 542, 583 ; profession médicale à, 542.  
 Pelletière, tannate de, 116.  
 Perforation des intestins par les ascarides, 115.

- Périnée, moyen de prévenir les déchirures du, 269.  
 Péritoine, ses propriétés au point de vue chirurgical, 475, 519.  
 Péritonite traitée par l'opium, 28.  
 Pérityphlite primitive, de la, 300, 348.  
 Pertes séminales, formule contre les, 86.  
 Pharmacie, collège de, 494.  
 Phlyctènes dans les fractures, 220.  
 Phthisie, laryngée, formule contre la, 329; pulmonaire, des hypophosphites dans le traitement de la, 277.  
 Pied-bot, traitement du, 311.  
 Pierre dans la vessie, examen rectal dans les cas de, 32.  
 Pilules hémostatiques, 534.  
 Pincement hémostatique, 308.  
 Placenta, insertion vicieuse du, 317; extraction après l'avortement, 34.  
 Pleurésie, 23.  
 Plexus solaire dans la fièvre typhoïde, 163.  
 Pneumonie, mort rapide dans la, 260; traitement par les saignées coup sur coup, 161; infantile, 136.  
 Pneumo-typhoïde, 71.  
 Poisons, vente des, 113, 139.  
 Pollutions nocturnes, traitement des cas rebelles de, 532.  
 Polyomyélite antérieure et la paralysie hystérique, diagnostic entre la, 420.  
 Polype, naso-pharyngien, 159; utérin, 19.  
 Polypes, du nez, traitement par l'acide chromique, 361; fibreux de l'utérus et leur ablation, 363, 435.  
 Polypnée hystérique, 347.  
 Pommade contre les hémorrhoides douloureuses, 375; résolutive, 137.  
 Poudre à priser employée dans le coryza aigu, 230.  
 Potion anti-scrofuleuse, 41.  
 Présentation du sommet en position o. i. p., 223.  
 Prévost, Dr L. C., lettres aux deux Wilfrid, 52, 202, 286, 416.  
 Programme des examens préliminaires du Bureau des M. et C. P. Q., 141, 191.  
 Projet de loi, sanitaire, 47; sur la crémation, 94.  
 Prostate, hypertrophie de la, 97.  
 Prurit, anal, 279; vulvaire, 84, 131, 319, 328, 490.  
 Psoriasis syphilitique des mains et des pieds, 273.  
 Puissance toxique des médicaments actifs dans les cas de lésions rénales, 148.  
 Purgatif au séné et au chloral, 229.  
  
 Quassine, effets physiologiques et thérapeutiques, 70.  
 Quinine, association de l'ergot au sulfate de, 534; prix de la, 141.  
 Quinquina à la noix vomique, vin de, 444.  
  
 Rachitisme et syphilis héréditaire, 276.  
 Réduction, des hernies étranglées, 219; des luxations de l'épaule, 172.  
 Reliquet dans la cystite chronique, injection de, 126.  
 Remèdes patentés, 94.  
 Résorcine et diphthérie, 112.  
 Rétinite albuminurique, 19.  
 Rhumatisme, articulaire aigu, 229, 328; chez les enfants, 84, 444; blennorrhagique, 145; traité par l'acide salicylique, 416.  
 Ricin et glycérine, huile de, 160.  
 Rotule, fracture de la, 75, 125.  
 Rougeole, 60; marche de l'éruption dans la, 443, traitement de la, 574.  
  
 Sac dans la kélotomie, traitement du, 521.  
 Sages-femmes, 89; l'acte médical et les, 45.  
 Saignée, 559; coup sur coup dans la pneumonie, 161.  
 Salicylate de soude, associé à l'ergot, 534; dans le traitement de la diarrhée, 303.  
 Santé, bureau de, 501.  
 Santonine, empoisonnement par la, 345.  
 Scarlatine, 69; marche de l'éruption dans la, 443.  
 Sciatique, influence sur le développement des varices, 259; traitement de la, 137, 214, 362.  
 Scrofule, potion contre la, 41.  
 Sein, traitement du cancer du, 316.  
 Septuagénaires, opérations graves chez les, 28.



- Signe de la grossesse, un nouveau, 37.  
 Singe, syphilis du, 126.  
 Société, de chirurgie, de Paris, 21, d'hygiène, 543; médicale de Montréal, 543.  
 Sommet en o, i, p, présentation du, 223.  
 Sondes et bougies pour le traitement des maladies des voies urinaires, 268.  
 Spasmes des voies respiratoires chez les enfants, traitement des, 86  
 Stérilité chez l'homme, 214.  
 Strangurie, formule contre la, 534.  
 Subluxation traumatique du cristallin, 158.  
 Suites de couches, traitement des, 566.  
 Suppositoires hémorrhoidaux, 375.  
 Syphilis, pronostic général de la, 531, traitement de la, 132, 133, 135, 444, 526, 577;  
 de la glande lacrymale, 277, héréditaire et rachitisme, 276; et ataxie, 78, 529;  
 chez le singe, 126; ulcéreuse de la jambe, 134.  
  
 Tænia, traitement du, 351.  
 Teigne, traitement de la, 134, 486.  
 Térébenthine, mode d'administration de la, 490.  
 Testicule, plaies du, 268, diagnostic et traitement de quelques maladies du, 545.  
 Tétanos, traitement du, 201.  
 Thérapeutique, notes de, 502.  
 Thermo-cautère dans quelques affections chirurgicales, emploi du, 124.  
 Poux, injections sous-cutanées d'eau pour calmer la, 347, 503; fatigante des bronchites,  
 formule contre la, 576; splénique et hépatique, 164.  
 Tracheloraphie, son influence sur la fertilité et l'accouchement, 525.  
 Tracheotomie, 571, nouveau dilatateur pour la, 333, étude sur les divers procédés de, 178.  
 Traction, délivrance par, 437.  
 Transport des aliénés, 114.  
 Traumatismes du crâne et de l'encéphale, accidents et complications des, 168; diagnostic  
 des, 216.  
 Travail, des anesthésiques pendant le, 314, 524.  
 Tremblement, traitement du, 518.  
 Troubles nerveux, genitaux et urinaires de la chlorose, 166; de la menstruation à la suite  
 de lésions chirurgicales, 130.  
 Trudel, Dr A., hernie ventrale, 59.  
 Tuberculose parasitaire, 421, 466, 511, 555.  
 Tumeurs, ectiles, leur traitement, 264, fibreuses de l'utérus, 127, 177; malignes des  
 mamelles, 272; ovariennes et des ligaments larges, leurs rapports, 366.  
 Turbith minéral dans le croup, 25.  
  
 Ulcérations du col de l'utérus, des, 567.  
 Ulcère simple de l'estomac, 302, syphilitique de la jambe, 134.  
 Ultimatum, 48.  
 Urétrite, blennorrhagique, traitement, 319; chronique, 363.  
 Urines, examen des, 228.  
 Urticair, formule contre l', 182.  
 Utérus, thérapeutique générale des affections de l', 470, tumeurs fibreuses de l', 127, 177;  
 nouveau traitement des déplacements de l', 179; ulcérations du col de l', 567.  
  
 Vaginite blennorrhagique, formules contre la, 159, 319.  
 Varices, influence de la sciatique sur le développement des, 259.  
 Varicocele, traitement du, 465.  
 Variole, marche de l'éruption dans la, 443; traitement par les lotions phéniquées, 357.  
 Vénéséction, dans les maladies organiques du cœur, 168.  
 Vente des poisons, 113, 139.  
 Vétratine et tremblement, 518.  
 Veratrum viride, dans la fièvre typhoïde, 308.  
 Verrues, traitement des, 183, 230, 375.  
 Vertige dans les affections cardiaques, 68.  
 Vessie, examen rectal dans les cas de pierre dans la, 32.  
 Voies urinaires, affections chirurgicales des, 3.  
 Vomissements de la grossesse, traitement des, 439.  
 Vulve, herpès de la, traitement, 490; prurit de la, traitement, 84, 131, 328.  
  
 Zinc, action thérapeutique du, 26.

# SOMMAIRE.

<b>TRAVAUX ORIGINAUX.</b> — CLINIQUE CHIRURGICALE.—Hôpital Notre-Dame—M. Brosseau,—Maladies du testicule ; diagnostic et traitement, 545.—Considérations générales sur les dyspepsies, par J. I. Desroches. M. D. .... 549	rations du col de l'utérus. .... 567
<b>REVUE DES JOURNAUX.</b> — PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.—De la tuberculose parasitaire, 555.—Des émissions sanguines..... 559	<b>PÆDIATRIE.</b> —Laryngite striduleuse ; difficulté du diagnostic ; trachéotomie, 571.—Traitement de la rougeole. . 574
<b>PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.</b> —Le mal perforant, 562.—Des résultats du pansement au bismuth à l'hôpital d'Aix-la-Chapelle pendant les trois premiers mois de l'année 1883 .... 564	<b>FORMULAIRE</b> — Laryngite tuberculeuse. —Toux fatigante des bronchites, 576. —Goryza aigu, —Diphthérie,—Engelures —Syphilis,—Gonorrhée,—Cystite. 577
<b>OBSTETRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.</b> — Traitement des suites de couches, 566.—Un expédient obstétrical,—Des ulcé-	<b>BULLETIN.</b> —Les asiles d'aliénés, 578. Guerre aux charlatans, 580.—A nos abonnés,—Nécrologie, 581.—Bulletin Bibliographique ..... 582
	<b>NOUVELLES MEDICALES.</b> —Nomination, —Journal d'hygiène,—Académie des sciences, de Paris,—Vexations,—Faculté de médecine de Paris.—Condoléances,—Naissances..... 583
	Collaborateurs, 584.—Table des Matières..... 585

**Avis aux Médecins !**

**LOUIS R. BARIDON**

**CHIMISTE-PHARMACIEN**

PROPRIÉTAIRE DE LA

**Pharmacie Saint-Denis**

**COIN DES RUES STE-CATHERINE ET ST-DENIS,**

**MONTREAL.**

M. BARIDON, par sa facilité spéciale de manufacture et par ses relations avec les établissements du genre les plus accrédités aux Etats-Unis, peut fournir à MM. les médecins de la campagne tous les **PRODUITS CHIMIQUES, MÉDICAMENTS, INSTRUMENTS**, etc., dont ils pourraient avoir besoin, et cela à des prix minimes.

Les principaux médecins de Montréal se plaisent à reconnaître la supériorité des Emulsions d'Huile de Foie de Morue préparées par M. BARIDON. Ainsi dans

**L'Emulsion d'Huile de Foie de Morue au Fer Dialysé,**

**L'Emulsion d'Huile de Foie de Morue à l'Hypophosphite de Chaux, et**

**L'Emulsion d'Huile de Foie de Morue au Bismuth et à la Pepsine,**

Il a su rendre facile à l'estomac le plus délicat la digestion de ce merveilleux tonique, en même temps qu'il le présente sous une forme très agréable au goût. Son **Elixir de Gentiane à la Teinture de Perchlorure de Fer** constitue également une préparation dont la valeur est amplement établie.

Les commandes sont remplies avec promptitude et fidélité et tous les produits sont de première qualité. Prix courants des remèdes envoyés sur demande.

# HYPOPHOSPHITES DE FELLOWS

(*Syr : Hypophos : Fellows*)

Contenant les

**ELEMENTS ESSENTIELS** à l'Organisation Animale—Potasse et Chaux ;

Les **AGENTS OXIDANTS**—Fer et Manganèse ;

Les **TONIQUES**—Quinine et Strychnine ;

Et l'**AGENT EXCITANT**—le Phosphore,

combinés sous forme d'un Sirop à réaction légèrement alcaline.

**IL DIFFERE, DANS SES EFFETS, DE TOUS LES AUTRES SIROPS** du même genre, car il est agréable au goût, acceptable à l'estomac et inoffensif malgré un usage prolongé.

## Effets spécifiques et Mode d'administration.

**Pour stimuler l'Appétit.**—Prenez la moitié de la Dose Tonique, telle qu'indiquée ci-dessous, dans de l'eau très froide, mais non glacée, un quart-d'heure avant le repas.

**Pour stimuler la Digestion et l'Assimilation.**—Prenez la seconde moitié de la Dose Tonique, avec de l'eau pendant le repas.

**Pour augmenter rapidement la Pesanteur du Corps.**—Prenez la Dose Tonique et buvez habituellement et abondamment du lait chaud en sus de la nourriture ordinaire.

**Pour soutenir le Travail Intellectuel.**—Mêlez deux cuillerées à thé du Sirop à un grand verre d'eau froide, et buvez à petites gorgées pendant les heures de travail.

**Pour tonifier les Cordes Vocales.**—Prenez la Dose Tonique un quart-d'heure avant de chanter ou de lire.

Là où l'expectoration muqueuse est difficile, on réussira en bien peu de temps à la faciliter en répétant la Dose Tonique toutes les deux heures jusqu'à effet.

**Sueurs Nocturnes.**—Prenez la Dose Tonique à chaque repas et au coucher, pour exciter l'appareil nerveux des glandes sudoripares.

**Contre l'Hypéridrose des Mains et des Pieds.**—Prenez la Dose Tonique, évitez tout travail excitant, et occupez l'esprit de choses agréables et qui ne soient pas de nature à le fatiguer.

**Dans la Convalescence** de la Fièvre Typhoïde et des autres Fièvres graves, ainsi que dans les cas de Débilité due au séjour dans une localité chaude ou marécageuse, prenez la Dose Tonique.

**Pour fortifier et développer les Enfants à la mamelle.**—La mère prendra la Dose Tonique, telle que prescrite, avec sa nourriture.

**Contre l'Insomnie.**—Prenez la Dose Tonique avant le repas, Ceci s'applique plus particulièrement à ceux qui souffrent de Dyspepsie.

## DOSES.

**Tonique.**—Une cuillerée à thé à chaque repas dans un verre-à-vin d'eau (froide). **Pour les Enfants**, proportionnez la dose à l'âge, c'est-à-dire de 9 à 12 ans, la moitié ; de 5 à 9, un tiers ; de 1 à 5, un quart.

Pour obtenir tout l'effet du remède, diluez-le **TOUJOURS** dans une grande proportion d'eau froide.

Employez la **DOSE TONIQUE** contre l'insomnie, la perte de mémoire, l'aphonie, le manque d'énergie, la timidité, la dépression mentale, les sueurs nocturnes, la dyspepsie, l'hystérie, l'hypochondrie, les palpitations et les intermittances du cœur, la faiblesse de la respiration et la débilité congénitale.

**REMARQUE.**—En prescrivant, veuillez mettre en relief, comme ci-dessous, le mot Fellows :

*Syr : Hypophos : Fellows,*

*et vous serez ainsi moins souvent désappointé.*