

funeste, est arrivé une fois dans nos salles. Il fut occasionné par l'inadvertance du pharmacien chargé à cette époque du service, et qui ayant oublié qu'il avait déjà versé douze gouttes de la liqueur de Fowler dans un julep, en remit une seconde fois douze autres gouttes, ce qui portait à 24 gouttes la dose totale que prit le malade en un seul jour. Cet événement se passait à l'époque où avait lieu entre deux toxicologistes une discussion sur les phénomènes de l'empoisonnement par l'acide arsénieux et sur son traitement; chacun soutenant, comme on peut se le rappeler, une méthode exclusive, l'un préconisant les saignées, l'autre les toniques. On conçoit l'embarras où je dus me trouver entre ces deux opinions. Cependant, le malade offrant les symptômes d'une réaction assez vive, je me risquai à tenter une saignée d'une palette seulement. Le pouls s'étant un peu relevé sous l'influence de cette saignée, je la répétai; et enfin, lorsque je jugeai qu'il était prudent de ne pas pousser plus loin les évacuations sanguines, j'administrai des toniques, adoptant ainsi une sorte de juste milieu entre les deux méthodes. Le résultat en fut heureux; ce qui me fit penser dès lors que ces deux méthodes ne s'excluent pas nécessairement, et que chacune d'elles est également fondée et a ses indications particulières.

Je puis faire à cette même occasion une observation également curieuse sur la question des urines, qui était débattue en même temps par les deux toxicologistes dont je viens de parler. L'un soutenait que les animaux ou les hommes empoisonnés par l'arsenic n'urinent jamais, tandis que l'autre soutenait, au contraire, qu'ils continuent à uriner. Eh bien! voici ce que j'observai sur cet homme. — Pendant la première période de l'empoisonnement il n'urina point, mais la sécrétion urinaire n'avait point été supprimée pour cela; l'urine était restée dans la vessie, qu'elle maintenait distendue outre mesure, et dès que les symptômes de l'empoisonnement commencent à s'améliorer le malade rendit des urines en grande abondance.

La présence du médicament dans les urines dénote que l'action thérapeutique est suffisante, et que l'économie en a assez, qu'elle en est en quelque sorte saturée. C'est là une indication importante à saisir, et qui peut s'appliquer à un grand nombre d'autres médicaments.

**Solution minérale.**—Je donne ce nom à une solution que j'ai composée, et à laquelle le chef de la pharmacie centrale des hôpitaux a cru devoir donner mon nom (solution de Devergie). Elle se compose de :

Acide arsénieux, ..... } 2 grains.  
Carbonate de potasse, ..... }  
Eau, ..... 1 livre.

Alcool de mélisse composé, ..... 1 scrupule (comme dans la précédente solution).  
Et de plus :

Teinture de cochenille, ..... q. s., afin de donner à la solution une coloration particulière facile à la faire reconnaître et à la distinguer de la liqueur de Fowler.

Il résulte de cette combinaison, que 1 gramme de cette solution représente juste une goutte de solution de Fowler; de sorte qu'on en peut donner en vingt-quatre heures 1, 2, 3, 4 grammes, jusqu'à 12 ou 16 grammes. Un autre avantage que j'ai reconnu à cette solution est le suivant: Quand on se sert de la solution de Fowler, il peut arriver que, par inadvertance, on verse un plus grand nombre de gouttes qu'il n'en a été prescrit; or, une erreur de quelques gouttes peut souvent avoir de funestes effets. Cet inconvénient ne peut avoir lieu ici, où l'on ne pourra jamais évidemment, se tromper de plusieurs grammes.

**Solution de Pearson.**—La solution de Pearson est composée d'arséniate de soude 1 grain pour 30 grammes d'eau. On la donne également par gouttes comme la liqueur de Fowler, et on commence par une goutte jusqu'à 20 et 24. On peut pousser la dose plus loin que la liqueur de Fowler, et la porter jusqu'à 30 et même 40 gouttes. Le malade prend ainsi d'un vingtième à un quizième de grain d'arséniate de soude.

J'ai expérimenté la solution de Pearson comparative-ment à la solution minérale, et j'ai vu que les malades la supportent en général moins bien que cette dernière, sans que je puisse donner la raison de cette différence. Je dois dire, pour terminer, que lorsqu'on donne de la liqueur de Pearson ou la solution minérale, il faut l'administrer dans un julep comme la liqueur de Fowler, et diviser la dose destinée pour un jour en deux prises, dont une sera donnée le matin et l'autre le soir.

## HYDROPIE CONSÉCUTIVE D'UNE BRONCHITE CHRONIQUE COMPLIQUÉE D'EMPHYSEME.

PAR M. HAYER.

Les auteurs anglais, et particulièrement le docteur Abercrombie, attribuent à une affection des poumons, la production d'une hydropie sur laquelle ce médecin a appelé l'attention des praticiens, et dont il donne la description suivante :

« La maladie survient soudainement, et affecte ordinairement les personnes dans la vigueur de l'âge. Le premier symptôme est de l'oppression et de la difficulté à respirer; et dans un court espace de temps le gonflement hydropique se manifeste. L'état de la respiration varie dans différents cas. Quelquefois il y a un sentiment d'oppression ou de resserrement, sans toux ni douleur. Dans d'autres circonstances, la douleur existe; elle est accrue par une inspiration profonde, et elle s'accompagne d'une toux déchirante et douloureuse; d'autres fois il y a une grande oppression qui empêche le malade de rester couché, si ce n'est dans une position particulière, ou qui

même l'en empêche absolument. Le pouls est un peu fréquent, quelquefois de bonne force, mais faible le plus souvent, et dans certains cas irrégulier. Le gonflement hydropique s'observe ordinairement d'abord à la face, de là il s'étend au tronc et aux extrémités. L'urine est rare et foncée en couleur. Dans quelques cas, elle est congulable; et dans d'autres cas, on n'y découvre aucune trace d'albumine. Si la maladie est abandonnée à elle-même, la tuméfaction augmente, et la respiration devient de plus en plus gênée. Cette affection peut se terminer d'une manière fatale en peu de jours, ou se prolonger pendant la durée de plusieurs semaines. »

Un autre auteur anglais, M. J. Darwal (*Cyclop. of pract. med., art. Dropsy*), signale la bronchite chronique comme une des causes auxquelles il faut attribuer le développement de certaines hydropies. Voici la description qu'il donne de cette infiltration séreuse :

« Les phénomènes, excepté pour la rapidité de la marche, ne diffèrent pas de ceux de l'hydropie due à l'inflammation du poumon. La face et les extrémités supérieures sont, dans les deux cas, les premières parties qui deviennent œdémateuses; quelquefois cet œdème est si léger qu'il occasionne seulement un peu de roideur au moment du réveil, et les malades ne soupçonnent pas qu'il soit lié au gonflement des paupières. Un peu plus tôt, un peu plus tard, les chevilles se tuméfient; et, à cet état, l'affection peut rester à peu près stationnaire des mois et même des années. La bronchite chronique étant exposée à des exacerbations plus ou moins aiguës, l'hydropie, dans ces cas, s'aggrave, et puis diminue quand la maladie primitive diminue elle-même. »

Malgré l'autorité d'Abercrombie, malgré les observations de M. Darwal, les auteurs français n'ont généralement pas admis l'espèce d'hydropie dont on vient de lire l'histoire.

M. Littré (*Dictionnaire* en trente volumes, tome XVI, pages 4 et 5) élève quelques doutes sur la réalité de la cause d'hydropie signalée par les médecins anglais. Il se demande si ce qui ne s'observe pas chez nous, ne s'observerait pas en Angleterre; si c'est une affaire de climat; si l'examen cadavérique ayant manqué, tous les symptômes énoncés, et particulièrement l'œdème de la face, ne pourraient pas tenir à la formation de caillots dans les grosses veines supérieures; si la congulabilité de l'urine mentionnée par Abercrombie n'était pas la preuve de l'existence d'une autre cause pathologique, etc., etc.

M. Grisolle (*Trat. élémentaire et pratique de pathologie interne*, tome I, page 675) va beaucoup plus loin. Il déclare n'admettre pas l'existence d'hydropies symptomatiques des maladies aiguës ou chroniques des poumons; « car, ajoute-t-il, il nous serait facile de prouver que les infiltrations et les épanchements séreux qui surviennent toujours par quelques-unes de ces affections s'expliquent toujours par quelques-unes des altérations qui produisent les hydropies. »

Il est facile de voir par les citations que nous venons de faire, que la question des hydropies consécutives à une inflammation aiguë ou chronique des poumons est encore, à l'heure qu'il est, un point en litige qui a besoin d'être éclairci par de nouvelles observations.

Bien que toutes les apparences soient pour le fait que nous allons rapporter, nous serons cependant d'une extrême réserve, la maladie ayant quitté l'hôpital malgré nos instances, et sa sortie nous ayant été le moyen, dans le cas probable où elle eût succombé, de constater d'une manière palpable la cause prochaine de son hydropie.

Le 21 Décembre 1846, est entrée à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Basile, n° 13, une femme nommée Leroux (Anne), âgée de vingt-trois ans, casquetière, née à Rennes (Ille-et-Vilaine).

La maladie pour laquelle cette malheureuse fille est venue réclamer nos soins, a débuté il y a trois ans, sans cause connue, par des étouffements, accompagnés de céphalalgies intenses, et de quintes de toux plus ou moins fréquentes qui, durant dix mois, ne lui laissèrent aucun repos, et l'empêchèrent plus ou moins complètement de se livrer aux travaux de sa profession. Elle eut occasion de remarquer plusieurs fois dans cet intervalle que ses pieds se gonflaient; mais ces engorgements passagers disparaissaient en général au bout de quelques jours. Ces dix mois écoulés, la malade éprouva un mieux assez notable pour reprendre ses occupations habituelles d'une manière non interrompue. Ses règles, momentanément suspendues, se rétablirent. La toux et la dyspnée s'affaiblirent d'une manière très notable, sans cependant jamais disparaître entièrement. Le sommeil ne fut plus qu'assez rarement troublé par des étouffements ou des quintes fatigantes. Bref, la malade n'avait conservé de tous les accidents plus ou moins graves dont elle se plaignait naguère, qu'un malaise et une oppression supportables, bien que continuelles, et compatibles avec l'accomplissement régulier de toutes ses fonctions.

Il y avait donc environ deux ans que les premières atteintes de sa maladie avaient disparu, lorsqu'elle se décida à entrer à l'hôpital, où elle se présenta dans l'état suivant :

Leroux (Anne) se plaint surtout d'une oppression considérable, d'une dyspnée toujours croissante, qui va souvent jusqu'à la suffocation. A part cette gêne dans l'exécution de l'acte respiratoire, la poitrine ne présente aucun point douloureux.

La malade tousse et rejette des crachats muqueux, filans, en assez grande abondance pour remplir dans les vingt-quatre heures la presque totalité de son crachoir. Depuis près d'un mois, elle a de

nouveaux accès de sommeil, qu'une céphalalgie pressante continue contribue avec la toux et la dyspnée à tenir éloigné.

La face est légèrement bouffie; la coloration des pommettes tire moins sur le rouge que sur le violet; les traits ont une expression de souffrance remarquable.

Le pouls est petit, faible, concentré; le chiffre des pulsations varie entre 80 et 90. La menstruation est irrégulière depuis quelque temps.

Les règles ont éprouvé du retard lors de la dernière époque, et quand elles ont reparu, au bout de sept semaines, elles étaient à peine colorées et très peu abondantes. Elles n'ont coulé qu'un jour au lieu de trois comme de coutume.

La digestion est la fonction qui s'est maintenue dans l'état d'intégrité le plus parfait. La malade est douée d'un assez bon appétit; elle supporte et digère sans peine tout ce qu'elle prend. Elle n'a ni dévoiement ni constipation.

La poitrine étant le siège des principaux accidents accusés par la malade a dû fixer toute notre attention. A l'extérieur on n'observe aucune déformation, excepté pourtant un effacement des creux sus-claviculaires que l'embonpoint peu considérable du sujet n'est pas suffisant pour expliquer. La percussion donne partout un son clair, tympanique, plus prononcé à la base des poumons qu'au sommet. L'auscultation révèle dans toute l'étendue de ces organes des râles muqueux, sous-crépitans, sibilans ou ronflans. La percussion de la région précordiale n'a point permis de constater quelque matité anormale. Le stéthoscope, appliqué ensuite dans les divers points de cette région, n'a transmis à l'oreille que des battements d'une netteté parfaite, dont aucun bruit morbide n'avait altéré le rythme. Les urines de la malade, traitées par la chaleur et l'acide nitrique, n'ont fourni aucun coagulum.

Tel était l'état de la malade lorsqu'elle fut reçue dans notre service. Malgré les saignées, les vésicatoires, les boissons et les potions pectorales, en un mot tous les moyens usités dans le traitement de l'emphysème et de la bronchite chronique, l'état de la malade s'aggrava dans le courant du mois de Janvier. Tous les accidents que nous avons mentionnés redoublèrent d'intensité; et le 28 Janvier, nous eûmes en plus à noter un œdème très prononcé de la face avec coloration violacée des pommettes, et du côté des membres inférieurs l'infiltration séreuse des pieds et des malléoles.

Les jours suivants l'œdème des parties supérieures et celui des parties inférieures ont fait des progrès sensibles; ils semblent aller à la rencontre l'un de l'autre, le premier suivant une marche descendante, le dernier ascendante. On explore de nouveau la région du cœur; les urines sont soumises à un nouvel examen; on cherche dans les troncs veineux superficiels la cause de l'obstacle apporté à la circulation; mais aucune de ces explorations ne réussit à nous donner la clef du phénomène intéressant de l'hydropie. Cette impuissance de nos recherches pour découvrir la cause de l'anasarque nous conduisit à nous demander si le cas dont il s'agit n'était pas analogue à ceux rapportés par Abercrombie, J. Darwal et les autres médecins anglais, si nous n'avions pas affaire à une hydropie consécutive à l'affection chronique des poumons. Si l'on considère, en effet, que le cœur ne laisse entendre aucun bruit morbide, que la partie des parois thoraciques auxquelles il correspond ne présente point la matité qui accompagne une péricardite, que l'examen des urines ne permet pas de songer à une affection rénale, que le foie et la rate ont leurs proportions et leur indolence normales, que ni les jugulaires d'une part, ni les sapéniens ou les crurales de l'autre, ne sont oblitérées par aucun obstacle et d'aucune nature, on arrive à se demander si la cause prochaine de l'hydropie n'est pas dans l'altération des poumons eux-mêmes.

Nous avons, au premier abord, partagé l'incertitude des médecins français à l'endroit de cette nouvelle cause d'hydropies. Mais le fait que nous venons de rapporter était de nature à inspirer des doutes, et si nous ne nous prononçons pas d'une manière formelle à cet égard c'est parce qu'il reste dans notre esprit la crainte que l'obstacle ignoré n'existât dans les gros troncs vasculaires qui émanent du cœur et qui ont été l'objet de nos recherches. Nous aurait très prochainement démontré, si nos instances avaient pu réussir à retenir dans nos salles la malade dont il s'agit. Nous avons eu le regret de la voir partir le 5 Février 1847.

Cette circonstance ne nous a pas paru suffisante pour priver le public médical de cette intéressante observation.

## REVUE THERAPEUTIQUE.

Emploi de l'iodure de potassium à grandes doses dans la dernière période de l'hydrocéphale aiguë.

M. le docteur Ross préconise l'administration de l'iodure de potassium à forte dose dans les cas d'hydrocéphale aiguë, où les moyens ordinaires restent sans effet, où la paralysie a déjà commencé à se montrer, et où la mort paraît imminente. Sa manière de prescrire ce médicament chez un enfant de deux ans et demi fut la suivante :

Pr. Iodure de potassium, ..... 1 gros.

Eau distillée, ..... 1 once.

Mélér et faire dissoudre.

Pour une solution dont trente gouttes furent données toutes les heures, dans un verre d'eau.

Cette préparation fut continuée pendant une semaine; lorsqu'on en commença l'usage, la malade datait déjà de six jours; et c'était sans aucun avantage qu'on avait jusque-là mis en usage les saignées placées aux régions temporales, les applications froides sur la tête, et le calomel donné à des doses fortes et souvent répétées.