

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.

Historique de la physiologie du foie

Par C. M. FILIATRAULT, M. D.

(Lu devant la Société Médicale de Montréal.)

Un vif intérêt s'attache toujours à l'étude historique des opinions diverses, que dans la suite des temps, les médecins se sont formées, sur l'importance d'un organe et sur ses maladies. L'arbre de la science tel que l'époque l'admire, avec sa charge de fleurs et de fruits, nous paraît moins étrange alors que nous avons suivi ses racines dans le terrain historique, où elles s'épanouissent plus ou moins profondément, et quand nous avons sondé les sources qui l'ont fertilisé. Ce que le présent revendique comme une découverte contemporaine, nous paraît bien souvent alors appartenir à des siècles écoulés déjà depuis longtemps.

Le foie est l'organe qui selon Beau, a donné lieu aux changements les plus importants de l'opinion. Le système de la veine porte, le foie, et ses réseaux vasculaires qui s'étendent au loin et qui se trouvent en connexion intime avec l'appareil gastro-intestinal, dans ce puissant organe glandulaire, ont été considérés, plutôt sous l'impulsion d'une intuition vague, que par suite de connaissances précises et sûres, le siège d'actes multiples essentiels à la vie, dans l'état de santé comme dans l'état de maladie.

Platon et les anciens regardaient le foie comme le centre de l'activité végétative. Galien dit: "La chair du foie qui est la substance même, est le premier organe de la sanguification et le principe des veines." Et plus loin: "Les veines conduisent la nourriture élaborée dans l'estomac, à un lieu de coction commun à tout animal, lieu que nous appelons le foie."

Ainsi nous voyons que Galien trouvait en lui le foyer du développement de la chaleur, de la conversion du chyle en sang, le point d'origine des veines. Les idées de Galien passèrent presque sans aucune modification et régnèrent jusqu'au milieu du 17^e siècle.

Vésale en 1542 fut le premier qui écrivit à l'encontre de ces idées.

Argenterio, en 1553, essaya de limiter l'importance fonctionnelle de la glande hépatique, mais sa voix resta sans écho.

La découverte des vaisseaux chylifères par Asselli, en 1622, et celle du canal thoracique par Pecquet, en 1647, vinrent pour la première fois ébranler violemment la théorie de Galien. On connaissait alors une voie par laquelle le chyle était transporté dans le sang, sans l'intermédiaire de la veine porte et du foie. Dès lors ceux-ci parurent sans importance par rapport à la formation du sang.

Bertholin et Glisson furent les premiers qui formulèrent cette opinion d'une manière précise, qui fut adoptée unanimement.

Désormais le rôle du foie devait se borner à sécréter la bile.

Telle fut, MM., pendant deux siècles entiers la croyance générale.

C'est à la physiologie expérimentale et aux études histologiques de notre époque que revient l'honneur d'avoir reculé l'horizon de cette partie de la science, et d'avoir réhabilité, en leur donnant une forme plus exacte, des opinions que l'on croyait mortes depuis longtemps.

Avant de vous faire, MM., l'exposé de ces doctrines, je crois qu'il serait utile, pour en faciliter l'intelligence, de rappeler ici aussi succinctement que possible le mode de distribution des vaisseaux hépatiques à l'intérieur du foie.

Le foie possède deux ordres de veines, la veine porte, formant le système afférent, et les veines hépatiques formant le système efférent. La veine porte représente donc un arbre vasculaire dont les radicules ont leur origine dans tous les organes renfermés dans la cavité abdominale, dont les ramuscules terminaux sont dans le foie, et le tronc intermédiaire aux uns et aux autres n'a que 4 à 5 pouces de longueur chez l'adulte. Quand on examine une coupe du foie, il est facile de distinguer à première vue auquel de ces deux ordres de veines appartiennent les orifices vasculaires qui s'offrent aux yeux. Les ramifications de la veine porte, entourées par la capsule de Glisson, n'adhèrent pas à la substance hépatique dont elles sont séparées par une couche de tissu cellulaire dans lequel rampent les branches de l'artère hépatique, les conduits biliaires, ainsi que les nerfs; il en résulte que quand on vient à couper ces veines elles se retractent de manière que le rapprochement de leurs parois obstrue la lumière du vaisseau. Les veines hépatiques et leurs ramifications ne sont pas entourées par une gaine spéciale, elles sont directement en contact et adhérentes par leur face externe avec le tissu même du foie, de sorte qu'au lieu de se rétracter après la section elles restent béantes.

En outre tandis que la veine porte arrive à peu près au centre du foie pour envoyer dans tous les sens des rameaux qui s'irradient à la manière des rayons d'un cercle, les veines hépatiques partent, au contraire, toutes d'un point de la circonférence de l'organe et envoient leurs rameaux dans le foie, à la manière des branches d'un éventail dont le lieu de convergence se trouve sur la veine cave inférieure. Les branches forment deux plans principaux, l'un supérieur et l'autre inférieur, entre lesquels se trouve le système porte.

Magendi et Tiedemann furent les premiers qui prouvèrent que les vaisseaux chylifères n'étaient pas seuls chargés de recevoir les matières nutritives, mais qu'une partie des ingesta digérés par le canal gastro intestinal était incorporée au sang à l'aide de la veine porte. Tiedemann et Gmelin, parvinrent encore, par une suite d'expériences délicates, à ce résultat, que le foie devait être considéré comme un organe d'assimilation pour les substances prises dans le canal intestinal.

Blondlot, Cl. Bernard, Lehmann, C. Schmidt, sont aussi des expérimentateurs, qui firent de cette question l'objet de leurs recherches et confirmèrent d'une manière habile et satisfaisante les mêmes faits, tout en laissant sur l'importance et l'étendue de cette résorption bien des points en litige.

Il est maintenant solidement établi que, l'eau, les sels, le sucre, les matières colorantes et odorantes, sont transportés dans le sang principalement par la résorption veineuse; qu'au contraire, la majeure partie de la graisse suit les voies chylifères. Mais c'est encore une question de savoir la route prise par les matériaux les plus utiles à la nutrition, par les matières albuminoïdes....*Scinduntur auctores*. Un second point qui n'est pas encore suffisamment éclairci, c'est l'influence que le parenchyme hépatique exerce sur les substances qui le traversent. Il suffit d'avoir montré comment peu à peu on reconnut l'importance du foie relativement à l'absorption et à l'emploi des produits de la digestion.

Outre cette part médiata et immédiate que prend le foie à la préparation du sang, il était réservé à notre époque de découvrir, entre l'organe hépatique et les actes de la transformation organique, d'intimes relations dont la connaissance ouvre de nouveaux aperçus sur l'état de santé et sur celui de maladie. Claude Bernard, en 1853, par une suite d'expériences exactes, a prouvé irréfutablement que dans le foie et sans l'intervention d'aliments non azotés, il se produit continuellement, outre la bile, une quantité importante de sucre qui passe de là dans la masse sanguine pour y être ultérieurement employée et que cette transformation paraît aussi nécessaire au maintien

normal de la vie que d'autres, dont les produits sont éliminés par les organes sécréteurs.

Il se passe aussi encore d'autres opérations chimiques, dont des recherches scientifiques nous apprendront à connaître l'importance avant peu, il faut l'espérer. Leur existence est cependant prouvée, par la présence dans la glande de l'inosité (corps blanc, sucré, (musculaire), de l'ure et de leucine, (leucine, substance blanche (sang), et par des variations remarquables que présente la composition de l'urine dans certaines affections hépatiques.

L'importance du foie, relativement à la production de la chaleur, a encore trouvé un défenseur ardent dans Claude Bernard. (Paris 1855.)

Flint, en 1868, se basant sur des analyses du sang, des expériences et des observations, attribue au foie la propriété de séparer la cholestérine du sang et de l'éliminer sous forme de stercorine. La cholestérine est une matière excrémentitielle produite par la désassimilation tant du cerveau que des nerfs et absorbée par le sang; elle est séparée du sang lors de son passage dans le foie, et entre dans la composition de la bile à laquelle elle donne son caractère excrémentiel, elle est déversée avec la bile à la partie supérieure de l'intestin grêle, après avoir été changée en stercorine, forme sous laquelle est évacuée dans les excréments. Si cette séparation n'a pas lieu, il y a accumulation de cholestérine dans le sang et empoisonnement de l'organisme appelé Cholestorémie par Flint.

Frerichs décrit sous le nom de Acholie la suppression des usages du foie et attribue à ce même état de l'organe les accidents cérébraux qui surviennent à la fin de la cirrhose, (délire bruyant, spasme, etc.)

Cyon de St Pétersbourg, en 1870, a démontré que le sang se chargeait d'urée en traversant le foie.

Le foie a donc cessé d'être simplement un organe de sécrétion de la bile. Les idées de Galien que Bartholin croyait réfutées à jamais, ont repris, modifiées il est vrai, et restreintes, la vie et le pouvoir. Il est solidement établi, qu'à l'intérieur de la glande se passent des actes en relation intime avec le foyer central de l'activité végétative, avec la formation du sang, avec les métamorphoses de la matière; maintenant le but doit être de rechercher au lit du malade, et au moyen d'expériences, quelle est la portée de ces actes, et de préciser leur influence sur l'état de santé et celui de maladie.

HISTORIQUE DE LA PATHOLOGIE DU FOIE.

Le changement subi par les idées qu'on se faisait de l'importance des relations du foie avec l'organisme, n'a pas été sans réagir sur les doctrines pathologiques. Dans le domaine de la pathologie, nous retrouvons les mêmes variations qu'à nous a présentées la physiologie. Elles sont moins frappantes, néanmoins, car l'expérience clinique devait toujours assigner au foie un rôle plus important que celui qui consisterait à sécréter la bile seulement.

Le foie et le système de la veine porte étaient regardés par les pathologistes anciens, surtout par Galien, comme le point de départ des troubles nombreux. Non seulement on décrivait une foule de maladies de cet organe, telles qu'inflammations, abcès, obstructions, intempéries de toutes sortes, etc., etc., mais le foie était de plus considéré comme la source de la plus grande partie des maladies générales de l'économie. En lui se trouvait la cause la plus importante des troubles que présentait la composition du sang: "*Sanguificatio vitiatu, hepate vitiato.*" La pléthore, l'anémie, la cachexie, l'hydropisie, étaient attribuées à certaines modifications dans l'activité de cette glande. On trouvait en outre une cause plus vaste encore de troubles généraux dans les produits de la sécrétion du foie, dans la *bile jaune* et la *bile noire* qui avaient une importance excessive dans la pathologie humorale.

La bile jaune occasionnait les maladies aiguës avec élévation de température; la bile noire au contraire amenait les affections chroniques, les troubles des facultés intellectuelles, etc., etc.

Avec une telle manière de raisonner, la pathologie des auteurs de ce temps, n'a rien qui puisse nous étonner. Les mêmes idées, le même esprit régnèrent encore longtemps après Galien.

En 1626, Riolan appelait encore le foie le "*Fundamentum vitæ et nutritus.*"

La découverte des vaisseaux chylifères vint changer les idées physiologiques; une réaction se produisit nécessairement dans les théories pathologiques.

L'importance fonctionnelle du foie fut réduite, du moins on venait de découvrir des voies d'absorption, jusque-là inconnues. En outre la brillante découverte d'Harvey donnait dans la circulation du sang, une force qui permettait de fournir la clef d'une foule de phénomènes.

En 1653, Bartholin, l'énergique adversaire des théories Galéniques, entreprit une révision de la médecine dans le sens des nouvelles conquêtes physiologiques.

Il reconnut que les vices dans le mélange sanguin étaient dépendants des obstructions et d'autres affections du foie, tout en niant que ce dernier concourût à la préparation du sang. Les idées des médecins se modifièrent de plus en plus et à la place des dogmes, jusque-là respectés, on substitua théoriquement et pratiquement les résultats des découvertes contemporaines.

Il est dans la nature humaine d'avoir toujours une certaine tendance à exagérer la portée des nouvelles conquêtes, et par suite d'en faire une application vicieuse. Aussi s'expliquent-elles sans peine les théories médicales prématurées que firent naître ces bouleversements de l'anatomie et de la physiologie. Pour la médecine pratique en général, et pour les maladies du foie en particulier, commença une époque stérile, qui, adonnée bien plus aux systèmes théoriques qu'à l'observation, perdit pied de plus en plus sur le terrain solide des faits.

Mais pendant cette période et même antérieurement à elle, les recherches anatomo-pathologiques, auxquelles les médecins s'adonnaient, avaient commencé à préparer un avenir meilleur:

Déjà avant ce revirement général de l'opinion, Benivieni, Vesale, Fallope, par leurs études anatomiques, avaient recueilli des données très propres à éclairer certains points des affections du foie. Pour la première fois, ils donnèrent une description précise des calculs biliaires, et des suites qu'entraîne leur séjour dans la vésicule.

On trouve dans les écrits de Glisson, de Bartholin, de l'habile et pratique Baillou, et principalement de Thomas Bonet, d'intéressantes considérations sur les tuméfactions du foie dans le rachitis, sur les abcès, l'ictère malin, le squirrhe, les kystes, les calculs, etc., etc. La description de la cirrhose par Bonet, laisse par exemple très peu à désirer.

Ces commencements d'études anatomo-pathologiques, tout incomplets qu'ils puissent paraître n'en étaient pas moins très importants, à une époque où chaque fait bien observé écartait toute une armée de théories erronées, et devenait le point de départ de nouvelles et fructueuses études.

Bianchi a essayé de rassembler en un tout ce que le temps avait fait acquérir de connaissances sur les affections du foie.

Haller et Morgagni soumièrent son ouvrage à une critique très sévère, et montrèrent qu'il y avait beaucoup de choses insuffisamment muries ou précipitamment écrites.

C'est alors que dans le champ de la clinique on vit apparaître Boerhaave et G. E. Stahl, dans celui de l'anatomie pathologique Morgagni.

II. Boerhaave, qui fut un brillant précurseur des temps à

venir, s'occupa avec une sorte de prédilection des maladies du foie, croyant qu'en elles résidait la source d'une foule d'affections chroniques. Dans son ouvrage publié par Haller, il dit : "*Duo viscera sunt, a quibus fere omne morborum chronicorum genus oritur; pulmo a quo tabes, et hepar a quo innumera-biles lenti morbi.*" Et un peu plus loin : "*Atqui ex centum morbis chronicis vix unus, cujus princeps sedes, non sit in hepate.*"

Presqu'à la même époque G. E. Stahl, s'appuyant plutôt sur des hypothèses que des faits, essayait de revendiquer pour la veine porte et pour le foie une importance pathologique considérable.

Le mouvement du sang dans la veine porte, d'après Stahl, comme d'après Boerhaave, ne dépendait pas du cœur, mais il était produit par la respiration et par une force tonique particulière que possédaient les organes abdominaux, surtout la rate, les intestins, le mésentère, et même les parois vasculaires.

Prenant pour base physiologique ces idées et les conséquences qui en étaient déduites, ils construisirent une théorie des états pathologiques les plus divers. Cette doctrine vague et s'adaptant facilement à tous les cas fut un obstacle à une étude approfondie des affections du bas ventre.

Pendant que les travaux d'un grand nombre de médecins empêchaient ainsi le progrès au lieu de le favoriser, J. B. Morgagni amassait un riche trésor de matériaux anatomiques et de faits cliniques; par son travail clair et judicieux il leur assurait dans l'avenir une valeur impérissable. Relativement aux affections du foie, nous trouvons là les traits fondamentaux de ce qui maintenant est accepté comme vrai.

A partir de Morgagni, les recherches prirent chaque jour plus d'étendue et plus d'importance. On apprit à mieux connaître chacune des altérations matérielles du foie, à les différencier d'avec celles qui leur ressemblaient, à fixer leur genèse et leur suite; enfin l'histologie microscopique se perfectionnant, vint offrir une voie et des procédés meilleurs et plus sûrs.

Depuis qu'on avait reconnu la composition élémentaire de la bile, le foie passait pour l'organe chargé de purifier le sang des produits fortement carbonés, il était dans cet office l'adjuvant des poumons.

La physiologie de nos jours a introduit bien des modifications dans cette partie de la science; elle a ouvert sur plusieurs points des aperçus nouveaux.

La sécrétion du foie a été étudiée avec plus de soin; à côté de la bile, dont on a reconnu d'une manière plus exacte la composition, la formation et l'usage, on a trouvé comme résul-

tat constant de l'activité sécrétoire, du sucre dont, il est vrai, l'utilisation physiologique reste encore dans l'obscurité. En outre on a constaté dans le foie une grande quantité de produits qui prouvent que dans l'intérieur de l'organe s'accomplit un travail compliqué de transformation dont l'étendue et l'importance n'ont pu être encore fixées. Enfin des faits existent, qui paraissent plaider en faveur d'une participation du foie à la sanguification. Le but de la pathologie sera donc d'examiner et d'utiliser au lit du malade ainsi qu'à l'amphithéâtre ces aperçus nouveaux.

ICTÈRE.

Je vous serai grâces, MM. de l'historique, vous en avez eu, je crois, amplement, pour ce soir. Ce que je viens d'ailleurs de vous dire sur le foie, vous fait justement penser que depuis ce que Frerich appelle les incunables de la médecine et de tout temps on a désigné sous le nom d'Ictère, de fièvres bilieuses, états bilieux, etc., etc., une foule d'états morbides mal définis.

Etiologie.—Sans aucun doute la plupart des cas d'Ictère ^{siècle} leur totalité sont causés par la résorption de la bile déjà sécrétée. Pour l'ordinaire, il est facile de prouver anatomiquement que la perturbation dans l'excrétion biliaire est d'origine mécanique.—V. G. Ligature du canal coledoque, par Saunders, Tiedeman, Gmelin.

La jaunisse provenant de la sécrétion insuffisante du foie, que Budd et Bamberger ont cherché à démontrer, a contre elle trop de faits bien établis pour qu'on puisse en admettre la réalité. L'opinion qui admet la préexistence de la bile dans le sang a été aussi rejetée. (Analyse du sang de la veine porte et celui des veines hépatiques).

L'accumulation de la bile dans le sang peut avoir lieu de deux manières :

1^o Par le passage du foie dans le sang d'une quantité de bile plus considérable que d'habitude.

2^o Par une diminution dans l'emploi, dans la transformation de la bile passée dans le sang.

Causes.—Nous reconnaissons, dit Frerich, trois sortes de causes pour l'ictère.

1^o Rétention de la bile.

2^o Trouble dans la circulation hépatique, et par suite diffusion anormale.

Ces deux sortes de causes ont pour effet le passage d'une quantité plus considérable de bile dans le sang; et dans ce

deux cas le foie est intéressé plus ou moins fortement. Elles sont le résultat 1^o d'un rétrécissement des conduits hépatiques communs, amonés soit par une inflammation catarrhale de la muqueuse, soit par une compression sur la face inférieure du foie, par accumulation de fèces dans le colon; par une tumeur gastrique ou pancréatique; par une anévrisme abdominale; par l'utérus dans l'état de grossesse; par la dégénérescence cancéreuse ou autre des glandes lymphatiques dans la fissure du foie; par des calculs biliaires, même par des corps étrangers pénétrant dans ces conduits à travers l'orifice du duodénum. Elles sont le résultat 2^o d'une obstruction de ces mêmes conduits par l'adhésion de leurs parois, causée soit par une inflammation ou une ulcération, soit par des calculs biliaires ou corps étrangers implantés fermement; soit par la pression constante de tumeurs carcinomateuses du foie, du duodénum, de la tête du pancréas et de la surface externe du foie. Elles sont le résultat 3^o d'une constriction ou d'une obstruction des conduits hépatiques en dedans du foie, et enfin, 4^o d'une destruction des cellules hépatiques que l'on rencontre v. g. dans l'atrophie aiguë, dans la cirrhose, dans les dégénérescences graisseuses ou amyloïdes, etc.

3^e sorte de causes.—Troubles dans la transformation de la bile, diminution de la quantité consommée dans le sang.

Cette sorte de causes est indépendante du foie, elle est influencée autant que nous pouvons en juger par l'état de mélange et par tout ce qui limite et modifie essentiellement le travail de transmutation dont le système vasculaire est le siège. Nous pouvons énumérer ainsi les différentes affections qui forment cette troisième série de causes.

1^o Maladies de poumons, du cœur, et du système nerveux.

2^o Emotions mentales, anxiété, frayeurs intenses. 3^o Dyspepsie. 4^o Morsures de serpents, alcool, chloroforme, etc., etc., etc.

5^o Piémie, typhus, fièvres, typhoïdes, rémittentes, intermittentes, etc., etc.

Symptômes.—1^o Bile. La bile se manifeste ordinairement après trois jours, aux conjonctives, à la peau, dans l'urine, mais avant tout dans les épanchements séreux des diverses cavités du corps.

2^o Sang. On trouve aussi dans le sang les traces du pigment biliaire.

3^o Les sécrétions. L'urine présente de bonne heure la coloration jaune, d'un jaune safran, d'un rouge brun, d'un brun foncé, d'un brun verdâtre ou d'un brun noir suivant la quantité et la nature du pigment qu'elle reçoit, les sueurs, la salive, le mucus, les excréments albumineux et fibrineux.

4^o Tous les tissus, même ceux dans les parties plus profondément situées, dont l'inspection n'est possible que lors de l'autopsie, présentent la couleur jaune qui pénètre avec le plasma du sang. Dans la grossesse la coloration jaune se communique aussi au fœtus. Et Thomas Bonet décrit un fœtus né d'une icterique comme : "*Ita flavus ut e cera confectus puer, non partus humanus videretur.*"

5^o Troubles de l'innervation. Les démangeaisons à la peau, trouble de la sensibilité générale, langueur, faiblesse, humeur sombre et chagrine, céphalalgie, vertiges, etc., anomalies des perceptions sensoriales, des sensations subjectives du goût et de la vue.

6^o Troubles de la circulation. Ralentissement des mouvements du cœur et quelques fois du pouls. La température ne subit aucune modification dans l'ictère simple ou sans complications.

7^o Digestion. Les fonctions de l'estomac restent ordinairement intactes chez les icteriques ; et quand la langue est nette, les malades ont un appétit qui ne laisse rien à désirer, souvent même il est exagéré morbide et quelque fois pervers. On ne remarque d'anomalies que dans les phénomènes dont le tube intestinal est le siège. Une grande importance au point de vue pratique, s'attache au changement de couleur que les fèces présentent ordinairement dans l'ictère, parce que nous avons là un moyen d'apprécier, aussi bien que possible, la rétention plus ou moins complète de la bile. Dans une oblitération absolue des voies biliaires, toute trace de pigments biliaires disparaît des garde-robes ; celles-ci prennent une couleur de cendre ou d'argile, qui varie un peu suivant la qualité des aliments. Presque toujours, leur consistance s'accroît ; elles sont solides et dures ; les évacuations sont rares et ont besoin d'être aidées par les purgatifs. Cette disposition à la constipation est si constante dans l'ictère, qu'on est parfaitement reçu à admettre qu'elle est occasionnée par l'absence de la bile dans l'intestin.

Durée.—La durée de l'ictère est très variable et peut osciller entre quelques jours et plusieurs années. La raison de ces changements se trouve essentiellement dans ses causes, qui persistent plus ou moins longtemps ; et préparent l'issue fatale plus ou moins rapidement par quelque complication. Car l'ictère sans complications peut durer des années avant de devenir mortel par lui-même. Ces quelques remarques s'appliquent également au pronostic et à la terminaison qui sont aussi variables que l'étiologie de la maladie.

Diagnostic.—Le diagnostic de l'ictère est en général simple

difficulté, puisque habituellement la simple inspection à la lumière du jour suffit. (Conjonctive et l'urine).

Traitement.—Le premier problème qui se présente dans le traitement de l'ictère consiste à écarter la cause de l'accumulation des matériaux de la bile dans le sang. Lorsqu'on peut y parvenir il est rarement nécessaire de diriger un traitement particulier contre l'ictère lui-même. Les moyens à employer varient suivant la nature de la cause qui, assez souvent, est inaccessible à la thérapeutique, et dans ces cas, nous n'avons qu'à combattre les influences nuisibles qui résultent pour toute l'économie, de la distribution anormale de la bile. Pour arriver à ce but nous avons trois indications thérapeutiques à remplir.

1^e Régulariser les fonctions intestinales troublées par l'arrêt de l'excrétion biliaire.

2^e Provoquer l'élimination de la masse des matières colorantes qui s'accumulent dans le sang.

3^e Tenir compte des conséquences ultérieures résultant pour l'organisme entier des troubles survenus dans la sécrétion, et surtout des changements produits dans le parenchyme hépatique par l'arrêt de la bile: anémie, hydropisie, etc., etc.

1^e RHUBARBE, aloès, coloquint, l'éther, régime végétal de facile digestion, viande maigre, pas de graisse, Tanner recommande le mercure, la podophylline.

2^e Agir sur les reins et la peau. Diurétiques. Sels neutres de potasse, le trartrate, l'acétate, etc. Vallex, le nitre, Frerichs, le suc de citron. Garder une juste mesure et ne pas déterminer des troubles de la digestion. Taraxacum.

3^e Indication. Très difficile à remplir. Toniques ferrugineux doux, et les toniques amers.

Voilà, MM., en quelques mots la médication rationnelle. Il y a une autre médication qu'on peut appeler empirique et préconisée surtout par un grand nombre d'auteurs des derniers temps.

Médication Empirique.—On a recommandé contre l'ictère une série de moyens empiriques, éprouvés par des expériences variées, et dont la plupart doivent leur crédit à leurs rapports avec les causes habituelles de la maladie. Il ne peut être question de spécifiques contre l'ictère. L'étiologie de la maladie peut seule nous guider dans le choix à faire.

1^e En première ligne se placent les évacuants, parmi lesquels on vante de préférence tantôt les sels neutres, particulièrement le calomel, tantôt les drastiques amers et végétaux, tels que la rhubarbe, l'aloès, la coloquinte, etc., etc. (Pas de salivation).

2^e Après les purgatifs viennent les vomitifs constitués par

le tartre stibié et la racine d'ipécacuanha. (Cette médication demande beaucoup de prudence).

3^o Les extraits résolutifs, comme l'extrait de *triticum repens*, de *taraxacum*, de chardon béni, de chélidoine, qui doivent leur action aux sels et aux principes amers qu'ils contiennent.

4^o Dans le catharre gastro-duodénal, le chlorate d'ammoniaque et le tartrate double de potasse et de soude, etc.

5^o Les narcotiques, comme la ciguë, la belladone, la thériaque peuvent être employés avec succès, dans la forme d'ictère due à l'enclavement de calculs et aux constrictions musculaires de voies biliaires. Dans les autres formes d'ictère, leur action est très problématique.

6^o Les acides, comme l'acide citrique, l'acide acétique, l'acide nitro-muriatique, et particulièrement l'acide azotique et l'eau régale.

7^o Les alcalis.

8^o Les eaux minérales.

Rapports de la phosphaturie avec certaines opérations chirurgicales,

Par M. le Professeur Verneuil.

Tel est le titre d'une étude que vient de faire le professeur Verneuil. Après la lecture sur la non-consolidation des fractures par le Dr A. T. Brosseau, que nous avons publiée dans le dernier numéro de l'*Union Médicale*, ce résumé de cette étude a parfaitement sa raison d'être; il n'en peut être que le complément. Notre professeur et ami nous pardonnera de combler cette lacune dans son travail, lacune qui n'aurait pas existé, si le temps lui eût permis de le traiter plus longuement.

M. Teissier avait déjà en 1846 noté la curieuse coïncidence de certaines affections oculaires, de la cataracte en particulier avec le diabète nouveau qu'il introduisit dans le cadre nosographique, puis il cita alors les cas de trois phosphaturiques chez lesquels l'extraction de la lentille avait été suivie de conséquences tout à fait graves: d'où la double conclusion que cet état constitutionnel où les phosphates sont éliminés en excès, prédispose à l'opacité du cristallin, et nuit à la cure opératoire de la cataracte. L'influence d'une constitution semblable sur des affections chirurgicales d'un autre ordre ne tarda pas à

paraître évidente à M. Teissier; mais les faits cliniques lui manquaient: M. Verneuil eut l'avantage de pouvoir en recueillir quelques uns. Laissons parler le savant professeur.

En 1877, je fis une première constatation intéressante. J'avais opéré aux environs de Paris, dans de bonnes conditions d'hygiène et de bien-être, une dame jeune encore, passablement névropathique, mais qui ne paraissait atteinte d'aucune maladie constitutionnelle. La lésion était insignifiante, car il s'agissait d'un fibrome cutané du volume d'une noix, siégeant à la partie postérieure de la cuisse, et dont l'ablation avait été courte et facile. La plaie cutanée, à peu près circulaire, mesurait environ six centimètres de diamètre; une petite perte de substance avait été faite à l'aponévrose d'enveloppe; il avait fallu lier deux artérioles; puis, la plaie bien lavée avec l'eau phéniquée, avait été couverte, sans essai de réunion, par un pansement ouaté.

Je comptais absolument sur la bénignité des suites, ayant laissé d'ailleurs la malade entre les mains d'un jeune confrère qui m'inspirait la plus grande confiance. Cependant les choses ne se passèrent point aussi simplement. À son réveil d'une chloroformisation qui avait été laborieuse, la malade accusa de violentes douleurs et manifesta une grande agitation. Le soir, du sang ayant paru en assez grande abondance à la périphérie du pansement ouaté, celui-ci dut être enlevé. Une artériole donnait encore: elle fut liée; la plaie fut débarrassée des caillots et la ouate appliquée de nouveau.

Les jours suivants furent médiocrement bons; il y avait toujours des douleurs dans le membre, du malaise, de l'inappétence de la soif et un peu de fièvre.

Le quatrième jour je revins et j'examinai la plaie, qui avait mauvaise apparence et n'était pas encore en voie de détersion. Le pansement ouaté fut remplacé par le pansement antiseptique ouvert, qu'on renouvelait seulement trois fois dans les vingt-quatre heures, à cause de l'extrême sensibilité du foyer traumatique au moindre contact.

À ma seconde visite au huitième jour, je constatai un phlegmon sous-aponévrotique, remontant vers l'ischion et descendant vers le jarret, avec fièvre, rougeur, tuméfaction et vive sensibilité au toucher.

Les émollients, l'orguement napolitain belladoné, remplacèrent les applications phéniquées; un purgatif salin et le sulfate de quinine furent prescrits.

J'étais tellement surpris de la marche si mauvaise et si inattendue du travail local, que je me mis à chercher si quelque état constitutionnel ne m'avait pas échappé. L'interrogation

renouvelée ne m'apprit rien. Je me fis montrer les urines, qui depuis l'opération étaient fort troubles et laissaient au fond du vase un abondant dépôt. J'appris que le même phénomène se montrait assez souvent quand la malade avait quelque émotion vive ou quelque fatigue exagérée.

Cela n'avait rien de significatif. Je soupçonnais bien un diabète méconnu où une énorme surcharge d'urates, mais évidemment l'analyse chimique devait passer par là. Mon jeune confrère, M. Dourlen, voulut bien s'en charger avec le pharmacien du pays. Ils reconnurent, sans dosage précis, il est vrai, que le dépôt était constitué par une quantité énorme de phosphates terreux. Cette recherche, répétée deux fois encore dans les jours suivants, donna les mêmes résultats. La malade était atteinte d'une phosphaturie dont, à la vérité, nous ne connaissons ni l'origine ni la durée, mais qui nous rendait compte, jusqu'à un certain point, de la perversion du travail réparateur.

Le phlegmon sous-aponévrotique suppura les jours suivants et forma un clapier au-dessous et au-dessus de la plaie. Une contre-ouverture fut pratiquée du côté de l'ischion et un drain fut passé. En bas, la position ou compression méthodique furent suffisantes ; mais il ne fallut pas moins de six semaines pour arriver à la fermeture de la plaie.

Pendant un mois encore la santé générale fut mauvaise ; cependant, dès que les phénomènes inflammatoires locaux furent amendés, je prescrivis les préparations de quinquina et d'arsenic, qui parurent agir favorablement. Les forces finirent par reparaître, mais M^{me} X... ne rentra dans son état normal que cinq mois au moins après sa minime opération.

Cette observation laisse évidemment à désirer au point de vue des analyses chimiques ; je ne la donne que pour ce qu'elle vaut ; mais elle se rapproche évidemment, par la manière dont se comporta la plaie, des opérations de cataracte suivies de la fonte purulente de l'œil, et démontre que la phosphaturie influence très-défavorablement la réparation des plaies.

L'an dernier, M. Terrier, l'un de nos jeunes chirurgiens les plus au courant des progrès de la science, me communiqua un fait de nature à confirmer les prévisions de M. Teissier sur l'influence que peut exercer la phosphaturie sur la formation du cal.

Une dame atteinte d'une fracture de la partie supérieure de l'humérus avait été traitée en temps opportun et suivant les règles de l'art ; cependant la consolidation n'était point obtenue à l'époque ordinaire. Terrier ne trouvant à ce retard, aucune des causes indiquées par les classiques, fit faire l'analyse des urines, qui démontra l'existence d'une diabète phosphaturique.

tique. Cette intéressante observation sera sans doute publiée avec tous ses détails.

Mais, cette année surtout, le hasard m'a fourni une série de cas aussi nouveaux que curieux. J'ai pu d'abord faire un rapprochement de plus entre le diabète sucré et le diabète phosphatique.

Il est un phénomène rare signalé presque en même temps par M. Delore [de Lyon (1854)], et Édouard Zeis [de Dresde (1855)], mais dont il n'a guère été question depuis : je veux parler de la suppuration safranée ou orangée. Sous des influences restées jusqu'ici assez obscures, on voit apparaître à la surface de certaines plaies contuses du pus offrant une belle couleur orangée. Je n'avais jamais observé ce phénomène, quand il me fut donné de le constater sur une large échelle pendant le siège de la Commune ; il m'avait paru à cette époque assez étroitement lié à l'alcoolisme. Plus tard, dans deux cas fort nets, je l'avais rencontré chez des diabétiques sobres. Enfin je viens tout récemment d'en recueillir deux nouveaux exemples chez des sujets qui ne boivent pas, n'urinent pas de sucre, mais en revanche, éliminent une grande quantité de phosphate. L'un de ces malades a présenté une fracture compliquée de la jambe ; l'autre, encore couchée dans nos salles par les suites d'une large plaie du cuir chevelu, offre un type de polyurie phosphatique.

Je signale seulement ces deux faits, qui seront publiés dans une note en préparation sur le pus orangé et sa valeur sémiologique, et je passe à l'objet essentiel de ma communication, lequel est d'appeler votre attention sur les rapports que j'ai cru constater entre le nouveau diabète et certaines affections du squelette.

Je vous prie, Messieurs, de remarquer la réserve extrême avec laquelle je m'exprime, car, à mon grand regret, je ne puis que soulever des questions et non fournir encore des démonstrations concluantes.

Voici comment m'est venue l'idée des rapports susdits :

Fracture de l'humérus par contraction musculaire chez un jeune homme atteint l'année précédente d'ostéopériostite du fémur. Polyurie avec élimination augmentée des phosphates.

Le 27 février 1879, entrant dans mon service, salle Saint Louis, No 7, le nommé Frère, briquetier, âgé de dix-sept ans. Le matin même il s'était fracturé l'humérus dans les conditions suivantes. Il portait quatre briques ordinaires, fardeau peu lourd par conséquent, lorsque, les sentant glisser de ses

main, il rapprocha vivement pour les retenir, les deux bras alors demi-fléchis. Il croit qu'en ce moment le bras droit exécuta un mouvement de rotation en dehors ; toujours est-il qu'il y ressentit une vive douleur et lâcha les briques ; le membre retomba pendant le long du corps.

Arrivé à l'hôpital, F...fut examiné par M. Leroux, interne du service, qui constata une fracture à la partie supérieure de l'humérus, entre le col chirurgicale et l'empreinte de l'oidienne. Le bras fut placé dans une gouttière. Le lendemain je confirmai le diagnostic et fis mettre un appareil plâtré.

Je ne pus me défendre d'une certaine surprise en apprenant la manière dont l'accident était arrivé et en écoutant le récit fort net d'ailleurs du jeune patient.

Certes, je ne mets pas en doute les fractures par seule contraction musculaire en ayant observé à l'humérus même deux exemples concluants, à la vérité, chez des hommes fortement musclés ayant fait un violent effort. Mais ici je ne comprenais guère comment un simple rapprochement des bras avait pu fracturer l'humérus précisément dans sa portion la plus épaisse. Je me mis donc en quête d'une cause générale ou d'une lésion locale antérieure siégeant au point affecté.

Mon interrogatoire demeura sans résultat. F..., de petite taille, assez bien proportionné, pesant quarante-sept kilogrammes, ne souffrait nullement de ses bras avant l'accident. Bien que sa mère fut morte de la poitrine, il ne présentait aucun indice de scrofule, ni du reste d'aucune maladie constitutionnelle ; il affirmait au sur-plus jouir d'une santé excellente.

Toutefois il me rappela qu'il était entré déjà au service le 4 octobre 1877, pour une abcès sous-périostique de l'extrémité inférieure du fémur droit ayant présenté la marche aiguë ordinaire avec fièvre et douleurs violentes. J'avais pratiqué le drainage de l'abcès et conjuré ainsi les accidents. Plus tard, le 21 mars 1878, j'avais extrait un séquestre long de 15 à 16 centimètres comprenant la moitié environ de l'épaisseur de la diaphyse fémorale.

La guérison s'était rapidement effectuée, et F... avait quitté ma salle au mois de mai. Il avait, peu de temps après, repris ses travaux et les avait continués jusqu'à ce jour.

Cet antécédent me parut digne d'être remarqué. En effet, à défaut de tout état constitutionnel et de toute lésion locale à l'humérus fracturé je pouvais du moins noter que le système osseux avait été atteint déjà et peut-être il était moins solide que chez d'autres sujets. En d'autres termes, voyant ici une fragilité osseuse exceptionnelle, je me demandais s'il ne fallait pas la rapprocher de l'ancienne ostéopériostite et considérer

les deux affections comme dérivant d'une même cause, c'est-à-dire d'une même défectuosité du squelette.

Je pus bientôt substituer à cette vue hypothétique une motion plus précise et une explication plus satisfaisante. J'ai l'habitude d'examiner les urines de la plupart de mes malades, et surtout des blessés et opérés, la nature des dépôts me fournissant à chaque instant des indications précieuses. Le lendemain matin je vis donc, auprès du lit de F..., l'urinoir, d'une capacité de 750 centilitres, et qui venait d'être rempli par une seule miction. Cette quantité m'ayant paru extraordinaire, j'appris par le jeune homme que depuis fort longtemps il s'était aperçu de cette augmentation, ainsi que d'une soif assez prononcée, le forçant, même en hiver, à boire deux ou trois fois entre chaque repas. J'ordonnai en conséquence de recueillir toutes les urines des vingt-quatre heures.

On obtint ainsi dans les jours suivants une quantité variant de 2,500 à 3,500 grammes, d'une urine claire, moyennement colorée et d'une assez forte densité. En présence de cette polyurie évidente, je fis immédiatement analyser les urines par un des meilleurs élèves de mon service, M. Leidié, interne en pharmacie. Elles ne renfermaient ni albumine, ni sucre, elles offraient la proportion à peu près normale d'urée, mais, en revanche, un excès de phosphates.

Voici le résultat de l'analyse faite le 3 mars :

Quantité totale de l'urine.....	3300gr00
Acide phosphotique par litre.....	0 63
Quantité totale pour la journée.....	2 10
Quantité correspondante des phosphates.	3 50

Cette constatation me parut d'une grande importance et féconde en aperçus nouveaux.

Elle permettait de croire que l'élimination exagérée des phosphates à l'âge même ou s'effectue le développement du squelette, était capable de diminuer la solidité osseuse, et ainsi se trouvait expliquée la fracture de l'humérus causée par un minime effort. Elle indiquait la nécessité de l'examen des urines dans ces cas encore si obscurs de fragilité des sujets exempts de toute maladie constitutionnelle et n'ayant pas davantage de prédisposition locale. Enfin, elle pouvait faire rentrer ces fractures quasi spontanées dans la règle générale qui veut que les os ne cèdent à la contraction moyenne des muscles que lorsque leur tissu est plus, ou moins altéré.

Mais les causes de la polyurie phosphatique restaient à connaître :

M. Teissier a soigneusement examiné les influences pathologiques qui y prédisposent et noté, outre le régime alimentaire fortement azoté, la chlorose, la tuberculisation commençante et les troubles cérébraux. Mais je ne retrouvais aucune de ces causes chez mon jeune malade, qui vivait sobrement, comme le peut faire un apprenti briquetier, qui était intelligent, mais fort tranquille, et nullement exalté, qui n'avait point de chlorose et qui, bien qu'issu d'une mère poitrinaire, n'avait absolument rien de suspect dans les poumons.

Je songeai naturellement à faire intervenir les deux affections antérieures du système osseux, la fracture récente et l'ostéopériostite de 1877. Il eût été admissible qu'elle eussent, en vertu d'une action générale exercée sur le système osseux, provoqué une élimination exagérée des phosphates. Mais ces suppositions tombaient d'elles-mêmes.

F..., en effet, interrogé avec insistance, répondit catégoriquement qu'il était altéré et urinait souvent, longtemps déjà avant son premier séjour dans mon service, pour l'abcès sous-périostique. De sorte que si l'on voulait absolument trouver un rapport entre la phosphaturie et les affections osseuses, il fallait faire jouer le rôle de cause à la première et considérer les secondes comme de effets.

Je vais tout à l'heure revenir et m'appesantir sur ce dernier point; mais auparavant je terminerai l'observation du jeune garçon.

La fracture fut maintenue avec des attelles plâtrées et examinée pour la première fois le 25 mars. Elle paraissait en bonne voie de consolidation. Le cal, cylindrique, régulier, plutôt volumineux, était solide et seulement un peu sensible à une forte pression.

Deux jours après F... fit une chute dans laquelle le moignon de l'épaule porta. Une douleur assez vive fut ressentie au foyer de la fracture. L'appareil enlevé, nous vîmes une ecchymose à ce niveau, mais nous ne perçûmes point de mobilité anormale.

A un nouvel examen fait le 5 avril, nous trouvâmes le cal un peu exubérant peut-être, mais indolent et solide, de sorte que la guérison nous parut complète. Au reste nous comptions trente-sept jours depuis l'accident, et s'il se fut agi d'un autre garçon du même âge, nous aurions trouvé ce résultat fort naturel. Il nous frappa seulement parce que la phosphaturie pouvait nous faire craindre un retard dans la consolidation.

Nous fîmes faire le 2 avril une nouvelle analyse des urines. Ce jour-là la quantité avait beaucoup baissé et l'acide phosphorique total était lui-même un peu moins abondant, quoique dépassant encore la moyenne. Au reste, voici les chiffres :

Totalité de l'urine pour vingt-quatre heures..	1800gr00
Acide phosphorique par litre.....	1 05
— pour les vingt-quatre hrs..	1 90
Quantité correspondante des phosphates.....	4 65

Mais je reviens aux rapports du diabète phosphatique avec certaines maladies des os.

J'aurais peut-être hésité à vous signaler ce rapprochement, si, tout curieux qu'il soit, je n'avais eu que le fait précédent à ma disposition. Mais, par un hasard singulier, j'avais alors dans mon service (et ils y sont encore) deux autres jeunes garçons atteints d'affections osseuses, et tous deux polyuriques. Le premier ne rentre pas dans la catégorie des faits que j'étudie en ce moment; aussi n'en dirai-je que quelques mots.

C'est un garçon de vingt ans, faible, chétif, ne pesant pas tout à fait 50 kilogrammes, et qui est atteint de manifestations, scrofuleuses multiples du côté du squelette: spina-ventosa de l'index de la main gauche, ostéoarthrite du coude droit. Au pied gauche, cicatrice peu solide d'une résection du premier métatarsien faite l'année dernière pour ostéite raréfiante et suppuration de cet os.

De temps immémorial cet enfant est polyurique, comme du reste plusieurs membres de sa famille; il rend par jour une moyenne de 12 litres d'un liquide absolument aqueux. L'analyse faite plusieurs fois a démontré ici une polyurie simple, sans prédominance d'aucun des produits solides de l'urine.

Voici celle que M. Leidié a faite le 5 avril.

Urine neutre.—Densité: 1,005.

Quantité totale: 13,500 grammes.

Urée: 0gr96 par litre = 13 grammes pour la journée.

Acide phosphorique: 0gr14 par litre = 1gr90 pour la journée.

Quantité correspondante des phosphates: 4gr75.

Ni albumine, ni sucre.

Soit dit en passant et pour servir à l'histoire future des rapports entre les polyuries et le traumatisme, l'opération pratiquée au pied, par mon élève et ami le Dr Richelot fils, n'a influencé en rien la polyurie et n'en a ressenti elle-même aucun contre-coup.

L'histoire de l'autre polyurique est beaucoup plus intéressante, à ce double point de vue que le diabète est manifestement phosphatique et que l'affection osseuse antérieure a été fort probablement, comme chez le jeune F..., une ostéopériostite aiguë.

Ostéopériostite traumatique à l'âge de sept ans. Polyurie phosphatique constatée neuf ans après.

Knoff (Pierre), seize ans, apprenti menuisier, entre à la Pitié le 21 janvier pour une douleur du coup-de-pied droit. C'est un garçon de taille moyenne, pesant 108 livres, assez bien constitué quoique pâle, et qui affirme s'être toujours parfaitement porté. Seul survivant de trois enfants et issu d'un père mort jeune de la poitrine, il n'a cependant jamais été malade et ne porte aucun indice de scrofule actuelle ni ancienne.

À l'âge de sept ans, il reçut à la partie inférieure de la jambe droite un coup violent; il en résulta une ostéite qui se termina par suppuration et formation de nombreux abcès. Les fistules se formèrent au bout d'une année environ. K... ne sait pas si des séquestres sont sortis.

Le membre, depuis cette époque, était resté un peu plus faible que l'autre, mais jamais douloureux. Dans ces derniers temps, toutefois, sous l'influence de fatigues exagérées, le coup-de-pied est redevenu sensible, et il se produit une déviation analogue à celle du valgus. La station tant soit peu prolongée provoque une grande lassitude, ce qui engagea le jeune garçon à entrer à l'hôpital.

Nous constatons à la partie inférieure et interne de la jambe les traces des anciens abcès, au nombre de cinq, et ne rappelant pas les cicatrices scrofuleuses. Le tiers inférieur du tibia est le siège d'une hyperostose considérable complètement indolente; les mouvements de l'articulation tibio tarsienne sont libres. La pression, en revanche, est douloureuse au niveau des articulations médio-tarsiennes; l'état général est très satisfaisant, et nous ne relevons aucun phénomène morbide.

Je recommande le repos, un appareil ouaté inamovible, et quelques toniques, à cause de la pâleur du visage.

Deux jours après j'examine les urines: elles sont pâles, claires, et leur quantité dépasse quatre litres par jour.

L'analyse faite le 25 janvier par M. Leidié donne les résultats suivants:

Quantité totale de l'urine	4500gr00
Acide phosphorique par litre.....	0 60
— pour 24 heures....	2 75
Quantité correspondante des phosphates	7 00

Une analyse faite dans le mois de mars donne des résultats un peu différents:

Quantité totale de l'urine	2500gr00
Acide phosphorique par litre.....	0 95
— pour le jour entier	2 25
Quantité correspondante des phosphates	5 50

Mais la quantité d'urine ne fut jamais aussi faible, et sur les quinze jours pendant lesquels on colligea le liquide excrété, j'en compte dix où il en fut rendu de 4,000 à 4,500 grammes.

La polyurie est donc évidente; il en est de même de la phosphaturie si l'on s'en rapportait à certaines moyennes fournies par les auteurs étrangers, et fixant à 3 grammes et au-dessus le total de l'acide phosphorique éliminé quotidiennement. Mais d'après les renseignements que j'ai recueillis auprès des chimistes français, et en particulier près de notre nouveau collègue M. Armand Gauthier, cette moyenne est au moins d'un tiers trop élevée pour les adultes de nos hôpitaux, pesant en moyenne 75 kilogrammes, faisant peu d'exercice et recevant une alimentation médiocrement azotée. Si 2 grammes d'acide phosphorique sont à peine rendus par eux, nos jeunes sujets sont phosphaturiques quand ils en éliminent 2 gr. 10, 2 gr. 15 et 2 gr. 75.

Quant à l'origine de la maladie, nous ne pûmes obtenir ici le moindre renseignement. Kneff ignorait absolument qu'il urinât trop abondamment; il mangeait modérément, ne se croyait point altéré, bien qu'il bût un pot et demi ou deux pots de tisane. J'ai sous les yeux le relevé des boissons ingérées; elles atteignent à peine la moitié des urines rendues, et d'ailleurs les sommes des fluides ingérés et excrétés ne se correspondent point exactement.

En ce qui concerne les causes de la phosphaturie, elles sont aussi obscures que dans le premier cas. Je relève toutefois cette circonstance que Kneff, comme l'autre polyurique, est issu d'un poitrinaire.

Il résulte de ces faits que le dosage des phosphates éliminés par les urines doit entrer dans le domaine de la pratique, puisqu'ici nous avons une relation intime entre la phosphaturie et l'ostéite ou l'ostéopériostique. Comme on le voit, M. Verneuil, ne tire pas une conclusion qui serait peut-être trop prompte, et ne bâtit aucune théorie; il se contente de signaler ce que la clinique a mis sous ses yeux pour que nous en fassions tout notre profit, si la clinique d'un chacun vient confirmer la sienne.

L'excrétion exagérée des phosphates dans le rachitisme et l'ostéomalasie devait conduire Messier et Verneuil aux recherches qu'ils ont faites. Quoi de plus naturel en effet que de supposer que dans les affections morbides autres que le rachitisme et l'ostéomalasie, il doit y avoir des variations dans le mouvement général des phosphates, c'est-à-dire dans l'assimilation et la désassimilation de ces sels.

Dans la non-consolidation des fractures, les phosphates terreux étant en trop grande quantité, est-il permis de supposer

que leur assimilation étant plus normale le travail réparateur se fera plus facilement.

S'il est logique de penser, nous dit en terminant le prof. Verneuil, que les affections d'un organe ou d'un système jettent dans le sang ou lui souturent certains matériaux caractéristiques au point de vue chimique, tout indique que les affections osseuses tant soit peu étendues modifieront la cause phosphatique et que l'écho de cette modification retentira jusque dans la composition des tissus.

Réciproquement, comme il est avéré que le défaut, aussi bien que l'excès dans notre économie d'un principe immédiat quelconque constitue une influence pathogénique des plus puissantes, il est certain qu'on découvrira des affections osseuses reconnaissant pour cause directe le défaut ou l'excès des phosphates. L'avenir est aux découvertes et à la solution des plus intéressants problèmes.

Le *Mouvement Médical* publie en entier le travail du prof. Verneuil.

Ville St. Henri.

SÉVERIN LACHAPPELLE, M.D.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET CLINIQUE MÉDICALES.

Du traitement thérapeutique des tuberculeux; par le professeur PETER, médecin de la pitié.—(Suite)—Le tuberculeux rejette ou peut rejeter par la toux: 1° des crachats perlés, globuleux, striés parfois de points noirs et venant des glandes hypertrophiés du pharynx et du vestibule laryngé, régions qui sont souvent atteintes d'une phlegmasie chronique que l'on a désignée sous le nom d'angine "granuleuse" ou mieux "glanduleuse"; 2° des crachats également perlés, moins régulièrement globuleux que les précédents, parfois étalés ou déchiquetés, parfois encore striés de lignes jaunâtres, et qui ne sont autres que le produit de sécrétion des glandes de la muqueuse de la trachée-artère, plus ou moins chroniquement enflammée.

Ces deux sortes de crachats n'ont aucune espèce d'importance. Ils sont absolument indépendants de la tuberculisation.

des poumons. Il en est d'autres, au contraire, qui tiennent à cette tuberculisation même, soit par action de voisinage, soit par lésion directe. Je veux parler par des crachats de la bronchite et de ceux des excavations tuberculeuses. Nous avons vu que le tubercule provoquait, à un certain moment de son évolution, une hypérémie rayonnant jusque sur un territoire anatomique absolument différent par la structure comme par les fonctions, je veux dire sur le territoire de la membrane muqueuse des bronches. Eh bien, cette hypérémie, rayonnant du tubercule (qui siège dans les poumons) jusque sur la membrane muqueuse (qui n'est nullement tuberculisée), provoque tous les degrés de la sécrétion ; depuis une sorte de salivation des bronches, jusqu'à la production d'un mucus plus épais, simple encore et purement catarrhal, jusqu'à celle enfin d'un mucopus, où les leucocytes prédominent sur les globules de mucus.

Cette sécrétion, surtout celle de la dernière espèce, est une cause de spoliation pour l'organisme, et à ce titre elle doit être combattue. Nous verrons tout à l'heure comment on le peut faire.

En dernier lieu enfin, le tubercule provoquant autour de soi une phlémasie de nature ulcéreuse, il en résulte le rejet de crachats où le pus prédomine et qui contiennent, comme nous l'avons vu, des débris fibreux du poumon nécrosé ; c'est le pus des cavernes, lequel se distingue des crachats mucoso-purulents, dont nous venons de parler tout à l'heure, par sa tendance à s'étaler en nappe, au lieu de présenter cette disposition vermicellée que l'on peut constater, soit directement dans les crachats d'aspect dendritique, soit indirectement dans les crachats conglomérés et qu'un filet d'eau projeté sur eux permet de dissocier facilement.

Thérapeutiquement les crachats des deux premières espèces, quel que bruit qu'on en puisse faire, sont sans importance. Tous deux plus indiquent-ils la disposition herpétique ou scrofuleuse du sujet, mais ils sont sans relation directe avec le tubercule. Il n'en est pas ainsi des crachats d'origine bronchique, comme de ceux d'origine pulmonaire. De ceux-là il faut se préoccuper.

C'est surtout sur la sécrétion des cavernes qu'il importe d'agir ; attendu que cette sécrétion n'est pas mucoso-purulent comme celle des bronches, mais nécessairement purulente, et qu'une telle sécrétion est doublement malfaisante par la spoliation qu'elle entraîne comme par la résorption qu'elle implique. Et quelle résorption ! Il faut concevoir, en effet, que la paroi sécrétante est vasculaire, et que, comme telle, elle absorbe. Il faut concevoir, d'autre part, que le pus sécrété réunit par son

séjour dans la cavité cavernuse les deux conditions les plus favorables à la putréfaction—et à la putréfaction hâtive—le contact permanent de l'air et l'élévation de la température.

Ainsi la paroi cavernuse ne résorbe pas du pus simple, mais du pus en voie de putréfaction. D'où cette petite fièvre *putride*, qu'on voit survenir chez les tuberculeux à vastes cavernes, et qui s'ajoute à la fièvre tuberculeuse, quand elle existe, ou à celle de suppuration.

D'où, enfin, la nécessité thérapeutique de modifier la nature et de diminuer l'abondance de cette suppuration, sinon de la tarir. Et c'est ici (disons-le d'avance) que les eaux sulfureuses sont toujours utiles et souvent triomphantes.

C'est donc contre l'expectoration bronchitique et cavernuse que l'on a dirigé tous les moyens d'action empruntés aux balsamiques et aux substitutifs. C'est contre eux que l'on a donné les résolutifs ou prétendus tels.

Parmi les balsamiques, les meilleurs sont encore les moins offensants pour l'estomac : le sirop de tolu associé au sirop de térébentine à la dose de 30 grammes de chaque par jour, pris dans trois tasses d'infusion de bourgeons de sapin, ou encore l'eau de goudron légère et sucrée avec ce sirop.

On a conseillé la sève de pin maritime à la dose d'un à deux verres par jour.

M. Gimbert et M. Bouchard ont préconisé la créosote du goudron de hêtre; on peut la donner sous forme de vin, dont chaque cuillerée à soupe contient 20 centigrammes de créosote. Chaque cuillerée est prise dans un verre d'eau sucrée. La créosote peut être encore administrée dans l'huile de foie de morue. Sous son influence, quand la créosote est tolérée, il y a parfois une augmentation réelle de l'appétit, une activité plus grande des digestions, et un retour de l'embonpoint avec augmentation du poids du corps. Malheureusement, j'ai vu des faits de cette nature ne pas persister, et l'intolérance pour la créosote en même temps que de la gastralgie survenir; de sorte que ce médicament, qui a une valeur réelle, est encore limité dans son emploi et ne peut guère être donné d'une façon continue qu'aux estomacs vigoureux.

En réalité, il se pourrait bien que la créosote n'excitât l'appétit momentanément qu'en irritant légèrement l'estomac (comme il arrive à la suite de l'excitation de ce viscère, au lendemain d'un fort repas, par exemple); et, pendant tout le temps que dure cette excitation artificielle, l'appétit est plus vif, les digestions sont plus actives, l'amaigrissement s'arrête et l'embonpoint même peut revenir avec augmentation de poids du corps. Mais bientôt surviennent la fatigue stomacale;

puis consécutivement l'anorexie et la dyspepsie. De tels faits, j'en ai vu.

On peut donner encore, pour calmer la toux et diminuer quelque peu l'expectoration, la glycérine;—la glycérine chimiquement neutre,—par cuillerée à soupe, deux à trois par jour, soit pure, soit étendue d'eau. J'ai vu la glycérine parfaitement acceptée par les malades et tolérée par l'estomac; à ce double titre, et parce qu'elle est un corps gras, elle peut être substituée à l'huile de foie de morue, alors que celle-ci est refusée par les malades ou leur estomac.

Lorsque l'expectoration est accompagnée d'un peu de fièvre, ou même sans qu'il y ait de fièvre, elle est avantageusement modifiée par l'emploi du kermès, à la dose de 2 à 5 ou 10 centigrammes par jour, donnés par cuillerée de julep, dont chacune contient 1 à 2 centigrammes de kermès minéral.

Ainsi, je conseille parfois deux, trois ou quatre de ces cuillerées par jour: le matin, au milieu du jour, le soir et pendant la nuit; ou bien encore on peut donner le kermès par petites pilules, dont chacune contient 1 à 2 centigrammes de kermès.

Un homme qu'on ne saurait trop citer à propos de thérapeutique, et surtout quand il s'agit des tuberculeux, M. Fonsagrives, considère la médication thermo-sulfureuse dans la phthisie pulmonaire comme "prodigieusement utile" et il ajoute qu'il y a une "confiance extrême." Suivant l'éminent thérapeute, le traitement hydro-sulfureux met l'économie dans des conditions telles que les productions tuberculeuses ne s'accroissent pas; il modifie, ou même fait disparaître l'expectoration; enfin peut-être favorise-t-il la cicatrisation des cavernes peu étendues en tarissant la sécrétion purulente.

Ce seraient là de bien beaux résultats; mais n'y a-t-il pas des réserves à faire, et cela dans l'intérêt même de la médication?

Les eaux sulfureuses peuvent faire du bien à certains tuberculeux, être inutiles à quelques uns, nuisible à d'autres. Il faut donc s'entendre scrupuleusement à ce sujet, voir, en d'autres termes, quand elles sont bonnes et quand inutiles ou mauvaises.

Les eaux sulfureuses diminuent l'abondance et modifient la nature de l'expectoration mucoso-purulente ou purulente. Voilà le fait, chez les catarrheux comme chez les tuberculeux, et, disons-le tout de suite, chez les tuberculeux parce que, et exclusivement parce que, catarrheux. Ce qui revient à dire que les eaux sulfureuses sont indiquées et ne le sont réellement que chez les tuberculeux qui crachent.

Le catarrhe bronchique, provoqué à l'aide d'une hyperémie de voisinage par la granulation tuberculeuse, peut donc être,

et est en réalité, avantageusement modifiée par les eaux sulfureuses en tant qu'osécration catarrhale : mais indépendamment il faut savoir le reconnaître, de toute action antituberculeuse. Si les eaux sulfureuses modifient, et elles le font, la sécrétion catarrhale des bronches, elles la modifient chez le tuberculeux comme elles le feraient chez le scrofuleux, l'herpétique, l'arthritique, ou plus simplement le catarrheux, et par un mécanisme identique, qui est l'action *substitutive*.

Que le mode d'action des eaux sulfureuses soit tel, cela est bien connu et démontré à ciel ouvert pour les maladies cutanées. Le fait est banal à l'hôpital Saint-Louis et admis dans les thermes pyrénéens. C'est par cette action toute topique des eaux sulfureuses sur la peau qu'elles peuvent servir de pierre de touche à la syphilis torpide ou larvée. Eh bien, ce mode d'action, ces eaux l'exercent sur les membranes muqueuses chroniquement enflammées, et c'est ainsi qu'elles agissent d'une façon bienfaisante sur les affections catarrhales chroniques des voies digestives ou respiratoires. Mais, qu'on le remarque bien, l'action n'est exercée que sur le catarrhe et non sur la tuberculose ; sur le catarrhe, dis-je, élément *surajouté*, et non sur l'élément morbide primitif, le tubercule.

Maintenant, si l'en veut entrer plus intimement dans le mécanisme thérapeutique des eaux sulfureuses, il me paraît que leur action sur la peau nous éclaire sur leur mode d'action relativement aux membranes muqueuses. La peau est, en effet, une membrane de revêtement externe de l'organisme, comme les membranes muqueuses en forment le revêtement interne ; or l'action sur la peau est doublement topique. Les eaux sulfureuses irritent la peau directement et extérieurement par *action de contact* ; elles l'irritent directement encore, mais de dedans en dehors, par le *passage* à travers la peau, quand elles sont éliminées, ayant été prises à l'intérieur. C'est de cette façon que les membranes muqueuses sont irritées par les eaux sulfureuses, c'est-à-dire de dedans en dehors, par le passage des gaz sulfureux, pendant l'acte éliminatoire, ces eaux ayant été préalablement prises en boisson. Eh bien, cette irritation substitutive et bienfaisante pour la peau chroniquement enflammée comme pour la membrane muqueuse chroniquement affectée de catarrhe peut être salutaire, et en tout cas sans inconvénient, au moins pour la membrane muqueuse, quand le catarrhe dont elle est affectée n'a pas pour point de départ un tubercule au voisinage. Mais, si l'on songe un instant que ce sont ces tubercules qui, par hyperémie de voisinage, ont produit la phlegmasie catarrhale dont l'hyperémie a été à

premier terme; que cette hyperémie a pu être et est souvent l'occasion d'une hémoptysie, on comprend qu'il ne soit pas toujours sans inconvénient de provoquer une hyperémie substitutive sur cette membrane muqueuse qui ne demande qu'à saigner de par ses tubercules de voisinage.

En dehors donc des conditions d'expectoration abondante par catarrhe bronchique ou sécrétion caverneuse, les eaux sulfureuses ne sont pas nettement indiquées chez les tuberculeux. Elles n'ont de prise que sur l'élément catarrhal ou sécrétoire *surajouté*, et n'agissent qu'en vertu d'une irritation substitutive; laquelle peut constituer presque un danger, en ce sens qu'elle peut aller jusqu'à provoquer une hémoptysie. Et c'est là le côté litigieux des eaux sulfureuses. A ce sujet, d'ailleurs, il faut s'entendre et ne pas jouer sur les mots.

L'hémoptysie n'est pas toujours un mal chez les tuberculeux, en cela qu'elle est la crise d'une hyperémie périphérique considérable, mais la crise d'une hyperémie *spontanée*. Alors, en effet, le malade éprouve du soulagement. Il avait deux causes d'oppression, ses tubercules et l'hyperémie de voisinage: l'hémoptysie fait disparaître celle-ci; il ne lui reste plus alors que ses tubercules: il respire donc nécessairement mieux, et ce mieux-être respiratoire, il le doit au désencombrement du parenchyme par la disparition du trop-plein vasculaire. Les choses sont tellement ainsi, que la température morbide *locale* baisse de 1 à 2 degrés à la suite d'une hémoptysie, c'est-à-dire de la quantité environ dont elle s'était élevée avant l'accident, et par le fait même de l'hyperémie génératrice. Cela résulte de mes recherches sur les températures morbides locales.

Mais, si l'hémorrhagie est alors incontestablement une crise bienfaisante, parce qu'elle juge une hyperémie et remet le parenchyme pulmonaire en état de mieux respirer, il ne s'ensuit pas qu'il soit bon de la provoquer, je veux dire de provoquer l'hyperémie qui l'engendrera; car, même spontanée, même critique, l'hémoptysie est une spoliation, c'est une perte pour l'organisme du tuberculeux. Or, les eaux sulfureuses agissent que par voie de substitution: soit sur la peau, soit sur les membranes muqueuses d'élimination de l'hydrogène sulfuré (muqueuse respiratoire ou muqueuse digestive); elles ne font rien que par l'irritation locale et de contact, qui fait passer momentanément le mal chronique torpide à un état aigu curable. Dans le cas de maladie inflammatoire chronique des bronches, la chose est évidente et le bienfait certain; mais, au cas de tuberculisation pulmonaire, il n'en saurait être ainsi: l'hyperémie surajoutée est hors d'état de se substituer au tubercule; elle le complique. L'hyperémie locale, résultant

du passage, à travers la trame du poumon, du soufre contenu dans les eaux sulfureuses, ne peut pas plus fondre les tubercules que les engendrer; elle est inerte quant à eux. Mais, nous l'avons vu par surcroît, tout le mal dans la tuberculisation vient de l'hypérémie consécutive: c'est elle qui fait l'hémorragie, comme elle fait la phlegmasie, ulcéreuse ou non. A quoi bon donc la provoquer ou s'exposer à l'engendrer, cette hypérémie redoutable et jamais salutaire? Et peut-on dire qu'on a fait du bien parce qu'une hémoptysie est venue mettre un terme à une congestion qu'on avait excitée par la médication?

Sans aller jusqu'à dire (mais quelques-uns n'en vont pas loin) que les sulfureux sont un spécifique de la tuberculose, on leur a attribué une action thérapeutique d'élection pour les voies respiratoires, et l'on a donné de ce fait une explication scientifique qu'il est bon d'analyser. Le point de départ, la base même de cette explication, est l'élimination des gaz sulfureux par la membrane muqueuse des voies respiratoires; d'où l'on a conclu à une sorte d'affinité élective de ces gaz pour cette muqueuse et à l'affinité thérapeutique consécutive. Voyons donc ce qu'il en peut être, et de cette affinité élective, et de cette élection thérapeutique.

Toute substance gazeuse et volatile contenue dans le sang tend à s'éliminer par les voies qui lui sont offertes. Les voies d'élimination les plus habituelles sont les voies aériennes; mais les voies digestives jouent également ce rôle éliminateur.

Pour s'en tenir aux voies aériennes, l'acte respiratoire n'est au fond (on le sait de reste), qu'une échange de gaz par exomose et endomose. Tout gaz contenu dans le sang s'en échappe par cette issue. Le gaz hydrogène sulfureux ne fait pas exception; il en est de lui comme de l'acide carbonique. Mais il en est des vapeurs alcooliques ou de tout autre fluide gazeux de forme comme de ces deux gaz. Or, est-il jamais venu à l'esprit de personne de dire, au point de vue physiologique, que l'acide carbonique eût une affinité d'élimination par la membrane respiratoire? ou que, réciproquement, au point de vue thérapeutique, l'élimination d'acide carbonique par cette membrane dût être un moyen de curation pour ses maladies? Autant vaudrait dire, en effet, que l'exhalation des vapeurs alcooliques, laquelle est incontestable par la même membrane, est une cause de guérison pour celle-ci, et qu'il en est ainsi de l'élimination de tout fluide gazeux par le poumon! La question ramenée à ces termes, le non-sens saute aux yeux. Et bien, ce qui n'est pas vrai de l'acide carbonique ou des vapeurs d'alcool, ne l'est pas davantage de l'hydrogène sulfuré. Il y a là un acte *physique* nécessaire, aveugle, indifférent, s'accor-

plissant pour toute espèce de gaz ; il n'y a pas là un acte *physiologique*, particulier, sélecteur, acceptant ou refusant telle ou telle substance par affinité ou antagonisme ; il n'y a pas là, à *fortiori*, d'acte *thérapeutique* s'accomplissant en vue d'une curation possible.

Du reste, les partisans mêmes de la spécificité d'action des eaux sulfureuses sur la membrane muqueuse respiratoire et en particulier sur le poumon tuberculeux, reconnaissent que ces eaux peuvent provoquer et provoquent en effet souvent le catarrhe intestinal. Si elles le provoquent, c'est évidemment par hyperémie ; et si elles engendrent cette hyperémie préalable et incontestable sur la membrane muqueuse de voies digestives, c'est donc qu'elles n'ont pas une affinité exclusive pour la membrane muqueuse des voies respiratoires ; c'est donc enfin qu'elles ont encore moins cette affinité pour le tubercule pulmonaire, qui siège, lui, absolument en dehors du territoire bronchique, sur un territoire anatomique histologiquement et vasculairement distinct.

Oui, les eaux sulfureuses ont une action incontestablement salutaire au cas de sécrétion catarrhale bronchique abondante. Oui, elles sont également bienfaisantes dans le cas de sécrétion purulente par les parois d'une caverne plus ou moins étendue. Mais l'écueil, c'est encore dans l'irritation qu'elles peuvent provoquer, et qui, dépassant le mode substitutif, peut aller jusqu'à déterminer une hémorrhagie.

Ainsi les eaux sulfureuses peuvent être bienfaisantes et le sont en effet quant à l'élément catharrhal surajouté à la tuberculisation pulmonaire, ou quant à la sécrétion purulente des cavernes tuberculeuses. Mais si les eaux minérales sulfureuses agissent ainsi d'une façon salutaire sur un élément morbide de la tuberculisation pulmonaire, je veux dire le catarrhe ; ou sur la sécrétion purulente consécutive aux excavations pulmonaires ; il s'ensuit que là où il n'y a pas de catarrhe, là où il n'y a pas de cavernes, leur emploi n'est pas indiqué ; c'est-à-dire, en d'autres termes, qu'elles ne sont pas nécessaires au début de la tuberculisation des poumons, alors qu'il n'existe encore que des granulations, et que ces granulations n'ont encore provoqué aucune sorte d'hyperémie, circonférentielle ou de voisinage. Je dirais même volontiers qu'elles peuvent, en pareil cas, devenir nuisible par le fait de l'élimination des gaz sulfureux par l'appareil respiratoire, l'*irritant sulfureux* s'adaptant alors à l'*irritant tuberculeux*, de manière à provoquer l'hémoptysie.

Cependant, il n'est pas douteux que, dans le cas de tuberculisation pulmonaire commençante, le séjour dans les thermes

sulfureux ne soit salulaire à plus d'un tuberculeux *citadin*; mais cet incontestable bienfait est peut-être autant le résultat de l'air que de l'eau; le changement de milieu et l'hygiène meilleure ont peut-être aussi manifestement agi que les thermes.

En effet, les eaux sulfureuses, administrées à l'intérieur, peuvent produire une sorte de "remontement général," pour employer l'expression de Bordeu, et ici bien évidemment ces eaux n'ont qu'une action constitutionnelle, sans nul effet sur les tubercules pulmonaires; mais cette action stimulante et tonique (qui, pour quelques-uns, pourrait enrayer la tuberculose) n'est obtenue qu'en même temps qu'une excitation directe et nécessaire de l'appareil respiratoire. Or, cette excitation (nous l'avons vu) n'est pas sans danger; par conséquent, tout modificateur général qui pourrait produire ce remontement, sans exciter la muqueuse broncho-pulmonaire comme les eaux sulfureuses, serait au moins égal, sinon préférable à celles-ci.

Sincèrement, c'est à la fois rendre service aux médecins et justice aux eaux sulfureuses que de déterminer les cas où elles peuvent produire d'évidents bienfaits et ceux où au contraire, elles peuvent être une occasion de danger; et c'est ce que je m'efforce de faire ici.—*Bulletin général de thérapeutique.*

(à continuer.)

Quelques considérations sur la nature et l'étiologie de la chloro-anémie.—L'anémie n'est pas une maladie essentielle. Elle ne doit être considérée que comme un syndrome. C'est donc à tort que les Allemands ont voulu faire une affection protopathique de ce qu'ils ont nommé l'anémie *pernicieuse*, qui ne diffère des autres anémies que par sa gravité.

On sait décrire ces anémies, mais il serait impossible de les définir. On ne peut rien non plus contre elles, tant qu'on n'est pas remonté à leur cause.

Les premières données hématologiques sur l'anémie remontent à Dumas. Ce n'est que 20 ans après qu'ont été faites les expériences d'Andral et de Gavarret, qui ont jeté un certain jour sur la question.

Ces médecins éminents ont établi un fait vrai dans la grande majorité des cas. C'est la diminution des globules sanguins, particularité qui a fait donner à cet état morbide le nom d'*hypoglobulie*. M. G. Sée lui-même a décrit une altération du sang

constituée par une diminution de l'albumine et de la fibrine. Cette anémie dont la gravité est extrême, est une conséquence de privations ou d'abondantes pertes de sang.

La lumière est loin d'être faite sur toutes ces questions concernant l'hématologie. Ainsi, on a considéré l'hypoglobulie comme caractéristique de la chlorose et de l'anémie. Or, il est de ces affections dans lesquelles le nombre des globules n'est pas sensiblement diminué.

M. Hayem, qui s'est surtout occupé de ces sortes de recherches, a prétendu que, quand les globules du sang ne sont pas en quantité normale, leur matière colorante, l'hémoglobine, s'y trouve en moindres proportions.

Vingt-cinq ans auparavant, Welker s'était livré aux mêmes recherches, et avait imaginé, dans le but d'élucider la question, la méthode dite *colorimétrique*. Il délayait du sang normal et du sang anémique avec une proportion déterminée d'eau. La différence de coloration lui permettait d'établir approximativement la richesse variable du fluide sanguin en hémoglobine.

Cette théorie ne résiste pas à l'examen des faits les plus vulgaires. Il est des chlorotiques qui ont de si fraîches couleurs, qu'on a fait de ces cas particuliers une variété de la chlorose, qui a été dénommée *chlorosis fortiorum*. Au commencement de l'affection, ce signe ne présente pas la moindre valeur. On en peut dire autant des souffles vasculaires, de l'oppression causée par le mouvement, l'ascension. Ces symptômes peuvent très bien manquer. Il y a même quelques affections dans lesquelles les globules rouges peuvent être conservés, bien que les malades présentent l'aspect le plus caractéristique de la chlorose et de l'anémie. Il en est ainsi, par exemple, dans la leucocythémie.

Mais M. Hayem est un esprit ingénieux. Pris en défaut au double point de vue du nombre et de la couleur des globules, il s'est rejeté sur leur volume et leur déformation. Il a constaté dans l'anémie, une multitude de globulins, globules minuscules, impropres à absorber l'oxygène. Malheureusement, on a trouvé dans les fièvres et dans une foule de maladies, ces globulins en plus grande quantité encore que dans l'anémie. La microcythémie se retrouvant dans l'état pyrétique et dans diverses affections, ne saurait donc être considéré comme caractéristique de l'anémie.

La théorie de la déformation des globules n'a pas plus de valeur à ce point de vue, car cette déformation s'observe dans une foule d'autres cas.

Il est évident que la chlorose en plein développement s'accompagne d'altérations sensibles du sang. Mais, au début de

l'affection, on ne trouve rien de semblable. C'est cette considération qui avait porté Becquerel à émettre cette opinion, que la chlorose doit être considérée comme une névrose.

Un médecin de Leipsick a dit avec vérité que, dans les cas où l'altération du sang n'est pas bien prononcée, il fallait rechercher la cause de la chlorose dans les organes formateurs de ce fluide. Or, quels sont les organes hématopoiétiques? Ce sont: la rate, en première ligne, puis le foie, enfin, tout le système ganglionnaire lymphatique et lymphoïde, depuis les amygdales, jusqu'aux glandes de Peyer et de Brunner.

Il y a dans tous ces organes des modifications fonctionnelles et texturales qui exercent une influence incontestable et incontestée sur la formation des globules. La physiologie fonctionnelle même de ces organes varie à tout instant. Après un bon repas, les globules se forment avec plus d'abondance qu'à la suite de l'ingestion des aliments peu alibiles. Les mêmes remarques sont applicables aux bonnes conditions hygiéniques et climatiques.

On comprend, d'après ceci, combien les affections de ces organes, en en rendant le fonctionnement défectueux, exercent une influence extrême sur la constitution du sang. Pour s'en convaincre, il suffit de considérer notamment ce qui se produit chez les malades qui portent le *gâteau de la rate* et dont le facies traduit le profond état de misère constitutionnelle.

Avant tout, il faut donc s'efforcer de remonter à la cause de l'anémie. Ces causes peuvent être réparties en trois groupes:

1^{er} GROUPE.—Dans le premier groupe se rangent les *anémies par déperdition*. C'est dans cette catégorie que se répartissent les anémies occasionnées par des déperditions de liquides, et principalement par des pertes du sang.

2^e GROUPE.—Dans un second groupe viennent se ranger les anémies dues aux privations ou à une alimentation impropre, malgré son abondance, à suppléer aux pertes subies par l'organisme.

Pour entretenir l'équilibre, il faut respirer un air renouvelé, convenablement oxygéné, et ingérer des aliments suffisamment riches en matières potéiques et hydrocarburées. A ce dernier point de vue, la famine d'Irlande fournit un exemple saisissant des funestes effets d'une alimentation qualitativement insuffisante. Mangeât-on chaque jour un kilogramme de pommes de terre, que la somme de la recette resterait bien inférieure à celle de la dépense.

Ce n'est pas tout. Il ne suffit pas de faire usage d'aliments de premier choix. Il faut encore que ces aliments soient bien assimilés. Les dyspepsies, quelle que soit leur nature, aboutissent forcément à un déficit de recette ou de profit.

3^e GROUPE.—A la troisième catégorie appartient l'anémie constitutionnelle. La dépréciation organique tient à des causes morbides internes ou externes. Un individu peut devenir anémique lorsque certains parenchymes deviennent malades. Il y a des anémies de causes toxiques et diathésiques.

Un type de l'anémie par intoxication, c'est l'*infection palustre*. Lorsque le poison paludéen a porté sur la rate sa funeste influence, cet organe s'altère, ainsi que le foie et tous les autres organes. C'est là un type de maladie *totius substantiæ*.

Les mêmes effets se produisent dans l'anémie de la *cachexie saturnine*.

La *cachexie syphilitique* produit de non moins désastreux effets. Un sajet contracte un chancre; le teint devient pâle; le visage se défait; les forces sont anéanties. Par l'ontremise du système ganglionnaire lymphatique, tout le sang ne tarde pas à être altéré. Vient-on, en pareil cas, à analyser le fluide sanguin? On constate une diminution considérable des globules.

Les jeunes gens guérissent de la vérole par l'emploi du mercure. Mais les vieillards qui en sont atteints tombent comme des châteaux de cartes.

A ce propos, M. G. Séo rappelle le fait d'un vieux sénateur, qui lui avait été adressé en consultation par son médecin ordinaire.

Ce vieillard, âgé de 69 ans, présentait un souffle au cœur et était plongé dans un état de déchéance profond, dont ne parvenait pas à se rendre compte l'excellent clinicien. L'âge, les opinions, les habitudes du malade semblaient de nature à écarter des soupçons que M. G. Séo se serait bien gardé de formuler. Désirant s'en éclaircir, il s'adressa au médecin traitant, qui déclara que son malade avait une ulcération à la langue. La prétendue ulcération n'était autre chose qu'un chancre! Le vieux sénateur était attaqué d'une effroyable anémie syphilitique. Le traitement a duré plus d'un an. Ce malade a succombé plus tard à une maladie de cœur.

Il faut bien le savoir: les vieillards ne résistent pas à la vérole.

Toutes les diathèses engendrent l'anémie. Parmi les plus fréquentes, il faut citer les diathèses cancéreuses et tuberculeuses.

Voilà donc trois groupes très distincts d'anémie. En présence d'un cas de cette nature, il faut passer en revue chacun de ces groupes, et ne prononcer le nom de chlorose et d'anémie que quand on n'a pu arriver à découvrir aucune autre cause de cet état morbide.—*Revue de Thérapeutique Médico-Chirurgicale*.

Un antidote précieux, dans l'empoisonnement par l'arsenic.—Les deux faits suivants ont été communiqués à l'académie de médecine de Richmond, par le Dr Crenshaw.

Deux petites filles, pour faire la dinette, avaient confectionné, avec de la farine de froment, de petits gâteaux dans lesquels elles avaient ajouté, par erreur, un petit paquet contenant: de la mort aux rats (acide arsénieux). Des symptômes d'empoisonnements éclatèrent presque aussitôt, et le Dr Crenshaw fut appelé. Il commença par prescrire de l'émétique, puis, en vue de neutraliser le principe toxique, il fit prendre aux enfants du thé dans lequel il ajouta une forte dose de fer dialysé. Son choix se basa sur la grande solubilité des gouttes martiales et sur la grande tolérance de l'estomac pour ce médicament.

L'événement répondit pleinement à l'attente du Dr Crenshaw. Dès le lendemain, les petites malades, parfaitement remises de leur accident, retournaient à l'école.

Ces deux faits méritent d'être retenus. L'empoisonnement par l'arsenic s'accompagne d'une inflammation du ventricule. Il faut se garder d'augmenter la phlegmasie par l'administration d'un antidote doué d'une action irritante. C'est parce que le fer Bravais est doué d'une action rapide et sûre, en raison de sa grande solubilité, que sa neutralité lui assure une innocuité absolue, même à forte dose, qu'il peut, dans ces graves conditions, rendre de signalés services dans la pratique. Ce médicament présente un autre avantage, il jouit d'une telle vogue que l'on peut dire qu'il se trouve en tous lieux sous la main.—*Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale.*

Du somnambulisme provoqué, par M. Charles Richet.—On peut, par des passes dites magnétiques, comme par la fixation d'un objet brillant, et d'autres procédés empiriques mal étudiés et inconstants, provoquer une névrose spéciale analogue au somnambulisme.

Cette névrose, difficile à amener la première fois, arrive presque toujours si l'on a la patience de faire plusieurs séances consécutives. Dès qu'on l'a obtenue une fois, elle est très-facile à reproduire.

Tous les phénomènes qu'on observe sont en rapport avec les données de la physiologie et de la psychologie, et se retrouvent à des degrés divers dans quelques intoxications et dans certaines névroses du système nerveux central.

Les phénomènes vraiment caractéristiques sont les hallucinations.

nations qu'on peut provoquer toutes les fois qu'on le désire, et un automatisme complet; en sorte que la personne endormie est soumise à la volonté des individus qui l'entourent, et perçoit les sensations imaginaires qu'ils veulent lui communiquer.

En présence de faits constants et reconnus depuis cinquante ans par les meilleurs observateurs, dans des conditions toujours identiques, on doit admettre l'existence de cette névropathie qui diffère de toutes celles que nous connaissons par son origine expérimentale. Ainsi définie, la névropathie magnétique, quoiqu'elle offre peu d'applications thérapeutiques, est une étude du plus haut intérêt pour le physiologiste et le psychologue.—*Annales médico-psychologiques.—Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale.*

PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALES

Hernie ombilicale.—M. Richet a pratiqué hier l'opération de la kéléromie sur une femme atteinte de hernie ombilicale étranglée. Cette opération a inspiré à l'habile chirurgien des considérations du plus haut intérêt pratique que nous allons nous efforcer de reproduire.

Cette femme est entrée à l'hôpital affectée, depuis quatre jours, des plus graves symptômes de l'étranglement. Ballonnement du ventre, absence totale d'évacuations stercorales et gazeuses, hoquet fréquent, algidité, cyanose. La hernie est constituée par une tumeur du volume du poing, engagée au travers de l'anneau ombilical.

Un tel état était peu fait pour encourager une tentative chirurgicale. Cependant M. Richet la proposa, pour l'acquit de sa conscience. La malade eut beaucoup de peine à se décider, néanmoins elle consentit à courir cette dernière chance.

Une autre raison puissante était de nature à retenir la main du chirurgien. Cette raison tenait à l'état d'embonpoint de la malade. Dans ces conditions, ce ne sont pas seulement les opérations, de hernies qui ne réussissent pas à souhait, ce sont toutes les opérations, en général. Chez les sujets gras, il n'y a pas de réaction vitale; ils restent inertes.

Dans ces derniers temps, M. Richet a été appelé par MM. Gubler et Simon, pour pratiquer l'ablation du sein chez une dame obèse. Pendant les huit jours qui ont suivi l'opération, la plaie est restée dans le même état, dans ce que le professeur

appelle l'état *graisseux*. Les sutures sont restées sans actions. Il n'y a pas eu d'accidents à proprement parler, mais, au bout de huit jours, la malade a succombé dans la prostration.

Velpeau, lui aussi, éprouvait une grande appréhension à opérer les personnes obèses.

Or, par un triste privilège, les hernies ombilicales sont surtout le propre des sujet gras.

Une autre considération est de nature encore à faire hésiter le chirurgien, en présence d'une hernie ombilicale étranglée. La *statistique* fournit sur ce point des résultats tellement désastreux, qu'on se trouve fondé à se demander s'il n'est pas préférable de s'abstenir d'une opération si dangereuse et d'abandonner les malades aux seules ressources de la nature?

Pourquoi donc les hernies ombilicales présentent-elles des chances plus défavorables que les hernies crurales et inguinales?

La raison que fait valoir M. Richet est assez plausible.

La hernie ombilicale présente au dehors une sorte d'entonnoir, avec un collet constitué par l'anneau. A la suite de la déclivité de cet anneau, les liquides contaminés de la suppuration ont une tendance naturelle à pénétrer dans le péritoine. De là des péritonites promptement mortelles.

Dans les hernies inguinales et crurales, au contraire, eu égard à une disposition plus heureuse, ces mêmes liquides, loin de remonter dans le péritoine, s'écoulent naturellement au dehors. Le même danger n'existe donc plus.

Pour égaliser les chances, on s'est efforcé de parer à cet inconvénient. Dans cette vue, Gouérand (d'Aix) et Huguiér ont eu l'idée de faire tenir leurs malades soit sur le ventre, soit sur le côté. Il faut reconnaître que de telles postures sont difficiles à conserver un temps suffisant. M. Richet, lui aussi, a eu recours à l'attitude latérale. Il faut bien le reconnaître, ce sont là des demi-mesures, sur les effets desquels il convient de ne pas faire trop de fond.

Voyons maintenant jusqu'à quel point se trouve justifiée l'opinion des partisans de l'abstention opératoire.

Il est certain que les hernies, quelle que soit leur espèce, sont susceptibles de guérison spontanée. Par quel mécanisme se produit cette guérison?

L'intestin étranglé s'amincit, se gangrène. Il en est de même de l'anneau constricteur. Par la perforation s'épanchent sous les téguments les matières fécales. Il en résulte un abcès qui, s'ouvrant à l'extérieur, constitue un anus contre nature.

Ayant observé de pareils faits, certains chirurgiens attendent la production de cet abcès, qu'ils se contentent d'ouvrir, les-

que le moment leur semble favorable. M. Richez a connu un officier de santé qui, n'ayant pas le droit de pratiquer des opérations, avait pris le parti d'abandonner ses malades, quelle que fût la variété de la hernie, seules ressources de la nature. Il prétendait obtenir d'aussi bons résultats que ceux de ses confrères partisans de l'opération.

Le parti de l'abstention n'est donc pas aussi absurde qu'on pourrait le croire *à priori*.

Pour son compte, M. Richez fait observer que jamais il n'a vu guérir aucun malade atteint d'abcès stercoral. Il se rappelle, entre autres exemple, celui de la femme d'un confrère, chez laquelle il dut ouvrir un abcès de cette nature. Cette dame a succombé, épuisée par le fait des accident antérieurs.

M. Richez se prononce donc formellement contre l'abstention. Ainsi que Gouérand (d'Aix), et Hugnier, il est partisan de l'opération dans la hernie ombilicale non moins que dans les hernies crurales et inguinales, mais il fait son possible pour se mettre, autant que faire se peut, dans des conditions qui se rapprochent le plus possible de ces dernières. Lorsque ces conditions se trouvent réalisées, il obtient des résultats aussi satisfaisants dans ce cas que dans les autres.

Chez cette malade, les circonstances étaient tellement graves, que l'opération ne pouvait être effectuée que par acquit de conscience. Elle a été pratiquée de la façon suivante :

Un pli a été fait à la peau, qui a ensuite été incisée. Cette précaution est surtout indispensable dans la hernie ombilicale, à cause du peu d'épaisseur des téguments, qui pourrait exposer à la lésion de l'intestin. L'épiploon écarté, l'étranglement (sac ou anneau fibreux, distinction peu importante), a été levé avec de grands ménagements, puis l'intestin a été réintégré dans la cavité péritoniale.

Cette réduction a été laborieuse, et en voici la raison. Tenant compte de l'état cyanique de la malade. M. Richez n'avait pas osé produire une anesthésie complète. Or, rien de plus défavorable, pour ces sortes d'opérations, qu'une demi-insensibilité. Le patient, plongé dans un état d'ivresse et de surexcitation, perd conscience de lui-même, se débat, fait des efforts considérables, sous l'influence lesquels les intestins sont poussés au-dehors. En telles conditions, le chirurgien a souvent beaucoup de peine à les réduire.

Cette réduction opérée, M. Richez s'est bien gardé de réintégrer à sa place l'épiploon, frappé de gangrène. Il l'a lié, à sa base, avec un fil de crêpe qui doit être résorbé et dont, par conséquent, il n'y a plus à se préoccuper, puis il a réséqué toute la masse épiploïque comprise en avant de la ligature.

La peau a été rapprochée par des serrefines. De la glace enfin, a été appliquée sur la partie

Comme s'y attendait trop bien M. Richet, cette action chirurgicale n'a pas eu un effet favorable

Les vomissements, suspendus depuis 9 heures du matin, moment où l'opération a été pratiquée, jusqu'à 4 heures du soir, ont repris à ce moment, et la malade a succombé à 3 heures du matin.

L'étranglement? a-t-il été levé par le débridement? Toute ce que l'on peut dire, l'autopsie n'ayant pas encore été pratiquée, c'est qu'aucune selle ne s'est produite. Cette particularité, du reste, ne prouve nullement l'imperméabilité intestinale. La paralysie de l'intestin, est une conséquence inévitable de l'étranglement. Cette malade, du reste, a succombé non aux suites de l'opération, mais à la gravité des accidents qui l'ont précédée.—*Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale.*

Abcès de la marge de l'anus.—Fistules anales.—Doit-on les opérer chez les phthisiques.—Deux malades sont en ce moment dans le service, porteurs d'une même affection, mais avec des caractères différents et dans des conditions qui sont loin d'être les mêmes. Ces deux sujets inspirèrent au savant professeur les considérations éminemment pratiques qui vont suivre.

Il s'agit d'abcès de la marge de l'anus, avec formation de trajets fistuleux.

Un premier point que fait ressortir M. Gosselin, c'est que la science n'a pu encore donner une explication satisfaisante de ce fait d'observation, que les abcès formés à la partie inférieure du rectum et à la marge de l'anus n'ont pas de tendance à se fermer. En attendant que cette inconnue ait pu enfin être dégagée, on doit se contenter des explications suivantes:

Trois causes s'opposent à la résolution, au recollement des parois de ces trajets fistuleux, à savoir: 1^o les mouvements continuels du rectum, occasionnés par les gaz intestinaux et par le passage des fécales; 2^o l'impossibilité d'établir, sur cette région, une exacte compression; 3^o le dégagement permanent, par exosmose, de gaz et de liquides, au travers de la paroi rectale, amincie, excoriée et dépourvue d'épithélium; produit putrides, irritants, qui exercent sur les trajets fistuleux l'influence la plus défavorable.

Les deux malades dont il est question présentent entre eux de grandes différences, tant au point de vue local qu'au point de vue général.

Le n^o 23 n'a pas seulement une fistule. Il porte à la marge de l'anus une ulcération présentant 6 à 7 millimètres de contour, avec destruction du tissu connectif sous-cutané circonvoisin.

Le n^o 19, au contraire, ne présente à l'extérieur qu'un étroit orifice, sans aucun décollement périphérique.

Chez aucun d'eux on n'observe ces callosités, si fréquentes au niveau des fistules anales.

Chez l'un et l'autre, le trajet fistuleux aboutit, à 0,01 environ au-dessus du sphincter, à la paroi rectale amincie, mais non perforée. Ce sont donc des fistules borgnes externes.

Ces deux affections diffèrent surtout par l'état général de ceux qui en sont atteints.

Le n^o 23 est phthisique. Non seulement il a des cavernes, de la fièvre, mais il présente, à la partie postérieure de l'épaule droite, un abcès froid.

Ce malheureux est donc atteint à la fois de diathèse tuberculeuse et de diathèse stumense.

Le n^o 19 n'est ni très-charnu, ni très-développé. Il n'a pas de barbe, quoique âgé de 20 ans. Il n'est en puissance d'aucune diathèse, et ne donne lieu qu'à de simples craintes, qui peuvent parfaitement ne pas se réaliser.

Ces sujets diffèrent encore par une condition importante.

Chez le n^o 23, l'ouverture de l'abcès date de plusieurs mois. Chez le n^o 19, cette ouverture s'est opérée spontanément, il y a seulement quinze jours. On pourrait encore espérer la résolution; mais, ainsi que l'a déjà fait observer M. Gosselin, les abcès chauds de la marge de l'anus aboutissent presque fatalement à la formation d'un trajet fistuleux.

Ces conditions, si dissemblables, influent du tout au tout sur la détermination du chirurgien.

À une période avancée de la maladie, il ne faut pas opérer les phthisiques. Ce serait en pure perte exposer leur vie. Lorsqu'il existe, ainsi que chez ce malade, des décollements étendus, ce n'est pas une anse métallique ou autre qu'il convient d'utiliser, mais le bistouri. Ce mode opératoire ne présente aucun danger dans les cas ordinaires, mais chez les phthisiques, il y a lieu de craindre et l'hémorrhagie et l'érysipèle, double accident, dans l'espèce, très à redouter.

Il ne faut pas l'oublier; même chez les sujets qui ne sont porteurs d'aucune diathèse, la plaie qui résulte de l'incision des trajets fistuleux de cette région ne se guérit qu'avec une grande lenteur. Que doit-il donc se passer chez de malheureux phthisiques, qui ont de la fièvre, qui ne mangent pas, qui ne dorment pas? On les expose à de graves accidents. Le

moindre inconvénient qui puisse résulter de l'opération, c'est la production d'une plaie qui n'a nulle tendance à la cicatrisation.

C'est pour de telles raisons que M. Gosselin est décidé à n'en rien entreprendre chez ce jeune homme, dont l'état ne saurait qu'être aggravé par une intervention chirurgicale.

Quant à l'autre malade, sa situation est bien différente. Il y a lieu, chez lui, de songer à une opération. Mais l'abcès est récemment ouvert; bien qu'il y ait peu d'espoir de guérison naturelle, cette solution favorable n'est pourtant pas impossible. Il est donc bon d'en courir les chances. On attendra une ou deux semaines. Si, passé ce délai, aucun effet avantageux n'est obtenu, comme à vingt ans on ne saurait rester porteur d'une infirmité pénible, s'accompagnant de douleurs, sous l'influence de l'éternement, de la toux, donnant lieu à une insupportable suppuration, etc., il sera indiqué de recourir à une opération.—*Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale.*

Pansements des plaies avec la ouate imprégnée de glycérine et de camphre.—M. le docteur Paoli nous communique un important mémoire sur un pansement qu'il préconise et qu'il a appliqué avec succès à l'hôpital de Turin. L'étendue considérable de travail nous oblige à en résumer seulement les points les plus utiles pour la pratique.

M. Paoli croit à l'action nocive de l'air sur les plaies, non seulement à l'action des germes qu'il contient, mais à l'action des poussières, de l'oxygène, de l'azote même et en général de tous les corps qu'il peut contenir. Pour en défendre les plaies, il recommande les précautions suivantes: les laver avec une solution aqueuse d'acide phénique au cinq-centième. Les recouvrir d'une épaisse et large feuille de ouate mouillée d'abord, puis imprégnée de glycérine. La plaie est au préalable abondamment arrosée de glycérine et saupoudrée de camphre. Par-dessus on met une épaisse couche de ouate sèche et le pansement est rarement renouvelé sauf les premiers temps, où on le réapplique tous les trois ou quatre jours.

Sous ce pansement l'aspect des plaies est excellent, la marche de la cicatrisation est régulière et sans accidents jusqu'à la guérison. Par cette couche épaisse, sorte de boue de camphre et glycérine et par le feutrage de la ouate, elles sont bien protégées contre l'accès de l'air.

M. Paoli cite, comme preuve de la valeur de son pansement, quelques très intéressantes observations, surtout une plaie de

serotum par arme à feu, une plaie pénétrante du crâne, une fracture du sacrum par arme à feu avec pénétration du projectile dans le bassin, une fracture compliquée de jambe, une plaie pénétrante du genou, une amputation de jambe, plusieurs plaies contuses des pieds et des mains, deux plaies pénétrantes du poignet. Dans tous ces cas la guérison est survenue rapidement et facilement.

Dans les cas de plaies anfractueuses, M. Paoli injecte la glycérine.

A la campagne et sans ressources pharmaceutique suffisantes, il le pratique avec de l'étoupe imprégnée de miel et il en a eu d'excellents résultats.

A priori, ce pansement, que l'auteur applique aussi à la contusion simple, devait produire les bon résultat que l'expérience a fait connaître. Ses trois éléments : camphre, glycérine, ouate, sont tous trois d'excellents protecteurs des plaies.

Le camphre est un excellent antiseptique ; mais la glycérine a aussi beaucoup de valeur comme topique. Demarquay l'avait beaucoup préconisée. Depuis longtemps, dans son service, le professeur Guyon combine avec toutes les précautions de la méthode antiseptique l'emploi de la ouate imprégnée de glycérine phéniquée et ses résultats ont été excellents. Si M. Paoli combinait aussi son pansement avec l'emploi de lavages phéniqués beaucoup plus énergiques (solution au quarantième ou au vingtième) nous croyons qu'il aurait encore plus à s'en louer. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*)—*Revue de Thérapeutique médico-Chirurgicale.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

Un traitement simple de l'hémorrhagie après la délivrance, (*Inversion*) par M. le docteur PUGLIÈSE (de Tarare).—“ Si je renonce jamais à la pratique des accouchements, c'est aux hémorrhagies que vous devrez attribuer ma détermination.”

Ainsi parlait un jour le professeur Paul Dubois en présence d'un concours nombreux d'élèves.

C'est que nous venions d'être témoins d'un de ces accidents qui ne laissent impassible aucun praticien, et contre lesquels le plus expert est trop souvent désarmé.

Une jeune accouchée, tout à l'heure encore pleine de vie,

avait été foudroyée par une hémorrhagie, suite d'inertie utérine.

Est-ce à dire que l'art soit muet à l'endroit de ce péril? Non, bien certainement, et si la puissance se mesurait à la somme des conseils, nous pourrions nous tenir pour absolument prémunis.

On ne s'attend pas, sans doute, à trouver ici reproduit le chapitre du traitement des hémorrhagies de tous les auteurs classiques; je ne rappellerai même qu'incidemment une vieille pratique, la plus répandue peut-être, et qui consiste à inonder d'eau glacée les malheureuses femmes, même au cœur de l'hiver. Cela me fait froid à dire.

Mon unique but est d'appeler l'attention des confrères sur un traitement simple s'il en fût et le plus efficace à mon sens, sur une manœuvre qui n'est indiquée nulle part. On ne saurait trop s'en étonner; peut-être est-ce en raison de sa simplicité. Les auteurs, en effet, dédaignent souvent à tort de donner certains conseils susceptibles d'être taxés de naïveté.

Mais avant d'aller plus loin et au risque de mettre à l'épreuve la patience de quelque lecteur pressé, quel est le mécanisme de la mort en pareille occurrence?

Le premier péril émane sans contredit du fait de la *répartition proportionnelle de la masse sanguine dans les diverses régions*.

En conséquence de cette loi, toute diminution brusque retentit brusquement sur chaque organe; or, il est tel de ces derniers qui ne saurait tolérer, sans risques sérieux pour la machine tout entière, une diminution instantanée du stimulus vital.

L'ischémie du cerveau réagit sur les poumons et sur le cœur, l'arrêt devient imminent. Voilà le danger; le péril présent. Obvier donc aux conséquences fatales de la répartition proportionnelle de la masse du sang, telle doit être la première indication, sans perdre de vue la cause de l'hémorrhagie, qui constitue un péril très-pressant encore, quoique au second plan.

Et bien! la manœuvre que je préconise, tout le monde y a songé: c'est tout bonnement l'*inversion du corps*.

L'accouchée, saisie par les épaules, est transportée hors du lit par un mouvement d'un quart de cercle dont le centre est au siège, qu'on attire au bord, pendant que le sommet vient toucher terre.

Cette pratique, d'ailleurs, remplit avec le premier but une part de la seconde indication.

Si le cœur, en effets, qui a perdu de son énergie, ne saurait plus à pousser l'ondée jusqu'aux dernières ramifications de

artères utérines, les sinus du même organe dont les bouches béantes sont subitement transférées à la cime de l'arbre veineux, devenu vertical, ont perdu la meilleure raison de se vider, le sang reprend ainsi plus volontiers son cours naturel vers la veine cave. Il ne reste qu'à stimuler la rétraction de l'organe, pour achever l'œuvre réparatrice.

Des aides se sont chargés de soutenir la tête et les épaules de la malade, et l'accoucheur procède aux frictions externes et internes du globe utérin.

Il fait sur la région hypogastrique une injection d'ergotine avec la seringue de Pravaz. La solution a été préparé récemment, pendant le travail même s'il ne peut, car on ne doit jamais perdre de vue la possibilité d'une hémorrhagie, surtout après un accouchement laborieux.

Cette façon d'administrer l'ergot est seule sérieuse en pareil cas; par la bouche il ne serait point absorbé. Le moyen, d'ailleurs, de faire ingurgiter quoique ce soit à un personnage dans l'attitude de nos gantins faisant l'arbre droit! Il est tout ou plus possible d'administrer un peu d'alcool sous forme de *canards*.

La pratique a-t-elle consacré la théorie? Une longue expérience, non; mais en pareil cas elle n'est point indispensable; je serais même coupable de l'attendre, si ces conseils sont appelés à rendre quelques services. Je me contenterai donc de citer un cas récent, dégagé de tout détail étranger au sujet.

Mon accouchée a été maintenue inversée sur un plan très-fortement incliné, une heure et demie environ. Au moment où je commençai la manœuvre elle n'avait plus de pouls: celui-ci est demeuré tout à fait absent plusieurs minutes, et avant même (on notera ceci) que je l'eusse retrouvé sous l'index, ma patiente avait repris le sens au point de causer quelque peu.

La langue a donné signe de vie avant la radiale! L'inversion était seule capable d'in tel prodige.

En somme, ce fait m'a semblé caractéristique et digne de motiver la note ci-dessus.

Est-il utile d'ajouter que les femmes ne doivent reprendre la position horizontale que par étapes? (*Lyon méd.*)

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

MONTREAL, JUILLET 1879.

Rédacteurs :

MM. LES DOCTEURS E. P. LACHAPELLE ET S. LACHAPELLE.

Séance Universitaire.

Je veux rapprocher de 3000 lieues l'autre hémisphère, disait Lesseps, avant le percement de l'isthme de Suez... La mer a déjà passé là, je l'y ferai revenir... ; *aperiam terram gentibus*. Le génie est toujours l'autorité tôt ou tard, la parole du savant Lesseps s'est réalisée, et les eaux de la mer Rouge et de la Méditerranée se versent aujourd'hui dans le même verre.

Il devait en être ainsi du Décret de Rome concernant l'établissement de l'Université Laval à Montréal : aujourd'hui comme alors ce qui paraissait être impossible est devenu fait accompli. Les distances se sont effacées, les montagnes se sont abaissées, l'Université Laval établie sur les assises solides du principe religieux, de l'autorité religieuse, ne craignons pas de dire le mot, de l'autorité religieuse qui est le génie, comme celui-ci est l'autorité, l'Université Laval vient dans une séance solennelle prouver qu'elle existe à Montréal, et qu'elle n'offre pas seulement des fleurs comme l'espérance mais des fruits comme la réalité accomplie.

Mardi, le trentième jour du mois dernier, avait lieu en effet la distribution des licences et diplômes aux élèves en loi et en droit qui ont suivi les cours de l'Université Laval la première année de son fonctionnement à Montréal ; deux bourses ont également été présentées, pour prouver hautement que le talent et le travail ont droit à une récompense particulière. Auditoire considérable et distingué sous la présidence de M. l'Administrateur du diocèse accompagné d'un nombre considérable des membres du clergé, les professeurs de la Faculté de droit et de la Faculté de médecine solennellement drapés dans leurs

manteaux d'hermine occupant les fauteuils d'honneur à droite et à gauche de M. le Vice-Recteur de l'Université Laval, le coup d'œil était imposant, imposant comme toutes les fêtes de la paix et de l'intelligence, comme le triomphe du progrès.

Nous ne sommes pas beaucoup initiés à tout ce qui regarde les hautes questions du droit, et ceux qui ont consacré leur vie à leur étude parmi nous, nous sont pour la plupart inconnus. Cependant, nous pouvons affirmer sans craindre de nous tromper que MM. Chauveau et Loranger qui étaient chargés de faire les frais intellectuels de la soirée se sont acquittés de leur tâche difficile avec le plus beau des succès; et certes quand une institution a pour elle le prestige qui accompagne toujours le talent distingué, elle a raison d'être fière et d'aimer à vivre. Nous souhaitons (puisse notre souhait être accompli) que les deux discours éloquentes des savants professeurs que nous venons de nommer soient livrés à la publicité, afin que notre public, comme celui de l'étranger, puisse en tirer les profits que leur lecture ne peut manquer de donner.

M. le Vice Rector, le Révérend Messiro Méthot et M. C. S. Cherrier, doyen de la faculté de droit, exposèrent tous les deux les travaux de l'année, et le doyen trouva dans les souvenirs de sa longue carrière si bien remplie des inspirations, qui lui ont mérité des applaudissements répétés..... Un peu d'histoire au sujet de l'hermine qui orne la toge professorale : plusieurs sont à se demander encore pourquoi cet ornement :

La vieille Armorique gémissait depuis longtemps, sous les Romains au IV^e siècle. Maxime fit appeler Conan Mariadec, jeune Saxon, à son secours. Conan s'avança avec son armée sur le territoire Armoricaïn et fit camper ses troupes après quelques jours de marche. Se promenant en dehors du camp, il arrive sur le bord d'un marais fangeux et s'arrête tout à coup, entendant des cris plaintifs comme ceux d'un enfant; il regarde et aperçoit derrière un buisson une blanche hermine... C'était elle qui se plaignait parce qu'elle ne voulait pas traverser le marais de peur de salir sa blanche fourrure. Conan la prend et la porte dans sa tente; c'était à qui lui prodiguerait ses caresses. Cependant la bataille eut lieu; Conan fut vainqueur; obtint l'indépendance de l'Armorique avec le consentement de Maxime et devint roi de ce pays. Mais voici ce qui arriva pendant le siège. Une nuit, un espion s'approcha de la tente de Conan, saisit la jeune hermine et la plongea dans un sale borbier. Le lendemain, la pauvre hermine fut trouvée sans vie sur le sol. Conan comprit qu'elle était morte à cause que sa blancheur avait été souillée; en souvenir de l'hermine, il fit grâce à l'espion et prit cette devise : *potius mori quam scdari.*

Voilà ce que signifie l'hermine qui recouvre les épaules des professeurs de Laval.....

Peut-être quelques-uns de nos lecteurs verront avec surprise que la Faculté de Médecine de l'Université-Laval est mentionnée comme existant à Montréal : qu'on revienne de la surprise, et qu'on ne croie pas que c'est là un détail de forme seulement. Non ; la Faculté de Médecine ouvrira ses cours cet automne : il paraît que la médecine comme le droit, comme la théologie, tient à l'hermine. Il est permis, croyons-nous, de voir dans l'établissement de Laval à Montréal, une grande vérité qui en ressort tout naturellement, et c'est une vérité que Léon XIII, cette fidèle copie de Pie IX, disait hautement, il n'y a pas longtemps ; la voici : La résignation au travail est le remède, le seul remède à tous les maux qui ravagent notre société. Travail du bien contre le mal, de la science contre l'ignorance, lutte éternelle et gigantesque, toute la vie est dans ces deux mots à Montréal comme partout ailleurs.

Société Médicale.

Séance du 18 juin.

Présidence du Dr Laramée.

Admission du Dr A. Leprohon comme membre actif de la société.

Lecture du Dr Filiatrault : Historique de la physiologie et de la pathologie du foie. Ictère.

Discussion à ce sujet entre MM. Ricard, Lamarche, Berthelot, Desrosiers, Laramée et S. Lachapelle. *Scinduntur doctores*, toujours hélas ! L'ictère est une maladie qui a sa place dans le cadre nosologique pour quelques uns, pour d'autres ce n'est qu'un symptôme. Dans les deux camps, autorités respectables ; qui gagnera la palme ?

Prochainement viendra une autre discussion : l'épilepsie est-elle guérissable ? Wendt, Stark et Koppe nous diront : l'épilepsie est une accoutumance de la nature, le bromure rompt cette habitude morbide, donc la guérison est possible. Puis viendra la question des chancres mixtes auxquels plusieurs refusent de croire ; puis on se demandera si le chloroforme ne doit pas être employé dans les maladies du cœur. L'obstention du chloroforme dans ces maladies est tellement admise aujourd'hui, que la question va paraître étrange ; cependant voilà le résumé du Dr Vergely, médecin des hôpitaux de Bordeaux ; à

en travail sur ce sujet. 1^o Le chloroforme a pu être donné impunément à des malades atteints d'affections du cœur; 2^o il a paru dans certains cas apporter du soulagement. Comment agit-il? Est-ce par l'intermédiaire du sang et d'une façon générale, ou directement sur les centres nerveux?... Vergoly d'ailleurs est d'accord avec M. Potain. Horizons toujours nouveaux! "le travail seul, répèterons-nous, est le remède à tant de maux.

SÉVERIN LACHAPPELLE, M. D.

NOUVELLES MÉDICALES.

Université Laval à Montréal.—Nous apprenons que l'entente qui avait été signée le 15 décembre 1877 entre l'Université Laval et l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal, n'existe plus.

A cause des difficultés qui durent depuis plus d'un an, et des discussions publiques de cet hiver surtout, l'Université Laval, paraît-il, a cru devoir exiger que ceux de ses professeurs qui enseignaient à l'École vinsent à opter d'une manière absolue entre l'École et l'Université, sans leur laisser la liberté de demeurer professeurs dans les deux institutions simultanément.

Les messieurs suivants n'ayant pas opté pour l'Université ont cessé de faire partie du personnel de sa Faculté de Médecine: MM. Munro, Trudol, Bibaud, Coderre, d'Orsonnens, Hingston, Macdonell, Desjardins et Beaudry.

De nouveaux professeurs ont été nommés, avec l'approbation de Mgr de Montréal, pour compléter les cadres de la Faculté. Ce sont MM. Charles M. Filiatrault, N. Fafard, E. Berthelot, Séverin Lachapelle et H. Desrosiers. On parle aussi de MM. Azarie Brodeur et A. A. Foucher, actuellement à Paris, et de M. S. Daval, comme devant faire partie de la Faculté.

Nous apprenons, au moment de mettre sous presse, qu'il a été entendu avec Mgr de Montréal, avant le départ de Sa Grandeur, que la Faculté ainsi réorganisée commencera ses cours cet automne, au 1^{er} octobre.

Départ.—Mgr Fabre, évêque de Montréal, est parti pour Rome le 24 juin dernier. Sa Grandeur a dû entreprendre ce long voyage pour affaires très importantes de son diocèse, et

Elle doit aussi s'occuper des intérêts de la Faculté de Médecine de l'Université-Laval à Montréal.

M. le Dr Th. E. d'Odet d'Orsonnens est parti pour la Suisse, où l'appellent des affaires de famille, il doit aussi, dit-on, se rendre à Rome pour l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal.

M. le Dr A. A. Foucher est actuellement en Europe où il se propose de séjourner pendant un an ou deux, afin de compléter ses études spéciales sur les maladies des yeux et des oreilles.

—

Contribution annuelle.—Nous rappelons à nos lecteurs que c'est dans le cours de ce mois (Juillet) que la contribution annuelle du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec est payable entre les mains de M. le Dr Léonidas LaRue, Régistrare, à Québec.

Ceux qui ne paient pas régulièrement cette contribution perdent les privilèges de leur licence, s'exposent à être poursuivis comme pratiquant illégalement la médecine et sont sujets à une amende de \$5 00 par année.

—

Démissions.—M. le Dr A. T. Brosseau a donné sa démission comme professeur de l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal.

M. le Dr A. Lamarche a aussi donné sa démission comme démonstrateur d'Anatomie, ainsi que les Drs A. Dagenais, A. Ricard et N. Fafard, comme professeurs agrégés de cette Institution.

—

Informations.—Nous apprenons que le Très-Révérénd Th. E. Hamel, V.-G., Recteur de l'Université Laval, demeurera à Montréal durant l'année académique 1879-80, et sera remplacé à Québec par le Révérend M. E. Méthot, Vice-Recteur.

NAISSANCES.

En cette ville, la Dame de M. F. X. Trudel, M.D., un fils :

A Ste. Julie de Somerset, le 7 juin dernier, la Dame du Dr D. L. LaRose, un fils.