

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.

L'UNION MÉDICALE

DU

CANADA

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE

PARAISANT TOUS LES MOIS

VOLUME VIII



MONTREAL

COMPAGNIE D'IMPRIMERIE CANADIENNE, 222 RUE NOTRE DAME

—
1879

L'UNION MÉDICALE

DU CANADA

Revue Médico-Chirurgicale paraissant tous les mois

Comité de Rédaction :

MESSIEURS LES DOCTEURS E. P. LACHAPELLE, A. LAMARCHE
ET S. LACHAPELLE.

Vol. VIII.

JANVIER, 1879.

No. 1.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Du Jaborandi dans les épanchements pleurétiques.

PAR A. LARAMÉE, M. D.

(Lu devant la Société Médicale de Montréal.)

M. le Président,

et Messieurs,

Avant d'aborder le sujet principal de la question, je crois à propos de dire un mot sur l'histoire de ce médicament. Le Jaborandi (*Pilocarpus pinnatus*) est un arbuste de 8 à 10 pieds de hauteur, à feuilles alternes, pennées, composées, et qui croît dans le nord du Brésil près de Pernambuco. Cet arbuste porte des fleurs et des fruits, mais jusqu'à ce jour, les feuilles seulement, paraît-il, ont été exploitées en thérapeutique.

Le principe actif du Jaborandi, la pilocarpine, a été découverte par M. Hardy en 1875. Cet alcaloïde connu sous le nom de

nitrate ou de muriate de pilocarpine est d'un prix élevé. En avril dernier on le vendait à New York vingt-cinq dollars le drachme, mais en revanche, une très minime quantité, un demi grain équivaut à 3i des feuilles en infusion.

L'administration du Jaborandi la plus répandue et la plus économique est l'infusion de feuilles, que l'on prépare avec un drachme de feuilles concassées, que l'on met infuser pendant un quart d'heure dans une tasse d'eau bouillante, et que l'on fait prendre au malade immédiatement après.

On le donne également sous forme d'extrait fluide à la dose de trente gouttes à un drachme, et en pilules gélatineuses de 3 grains, chaque pilule équivaut à un drachme des feuilles. En Europe et aux Etats-Unis, on emploie souvent le nitrate ou le muriate de pilocarpine, surtout le nitrate, en injection hypodermique dans les proportions d'un quart de grain.

Toutes les doses que je viens de mentionner sont susceptibles d'augmentation. Les feuilles fournissent une huile essentielle en grande quantité mais elle n'a pas encore été expérimentée.

L'opinion générale attribue la découverte du Jaborandi à un Dr Coutinho, de Pernambuco. Ce monsieur ayant expérimenté ce médicament, et lui ayant reconnu des propriétés sialagogues et sudorifiques à un très haut degré, en passa quelques échantillons en France en 1873.

Les rapports contradictoires qui ont circulé quelque temps sur les effets du Jaborandi provenaient de ce qu'une plante venant de l'Amérique du Sud et portant également le nom de Jaborandi était confondue avec la véritable plante, mais aujourd'hui il est certain que l'espèce véritable est la seule qui soit exportée en Europe et aux Etats-Unis.

M. le professeur Gubler, à l'hôpital Beaujon, de Paris, l'expérimenta sur une grande échelle et quelques mois plus tard MM. A. Robin, Vulpiam, Hardy et plusieurs autres étudièrent soigneusement le Jaborandi et contribuèrent puissamment à faire connaître ce médicament, surtout ses propriétés physiologiques, car l'expérimentation physiologique demande moins de temps que l'expérimentation thérapeutique. Tous ces messieurs ont reconnu à cette plante une action puissante sur les glandes salivaires et sudorales. Depuis cette époque qui est de date si récente, le Jaborandi a pris une place importante dans la matière médicale et est considéré comme l'agent sudorifique et sialagogue le plus énergique que nous connaissions.

Sous l'action de ce médicament, cinq à quinze minutes en moyenne, mais jamais plus tard que trente-cinq minutes après son administration, la salivation et la transpiration s'établissent et vont en augmentant. La salivation, qui se montre la première,

cesse généralement au bout de deux heures, et la transpiration dure un peu plus longtemps. Les malades sont tourmentés par une sputation continuelle, et ils ont assez souvent des nausées, et même des vomissements, surtout s'ils avalent leur salive. Les glandes salivaires sont alors plus ou moins gonflées et parfois sensibles. Il est remarquable que la transpiration est moins marquée chez les personnes atteintes d'embarras gastrique ou sujettes à la constipation, tandis qu'elle est très facile chez ceux sujets à la transpiration. La température du corps n'est pas sensiblement modifiée. Il survient quelquefois des vertiges, mais ces troubles sont passagers.

M. Gubler a noté des actions secondaires du jaborandi. Ainsi l'hypersécrétion s'étend sur la glande lacrymale, sur la muqueuse nasale, sur les glandes pharyngiennes, trachéales et bronchiques.

M. A. Robin a fait l'observation que le jour de l'expérience les urines diminuent notablement mais le lendemain il y a augmentation considérable des urines. Cependant, toutes choses égales d'ailleurs, l'on peut dire que la réduction des urines n'est pas proportionnée à la perte de liquide faite par la peau et les glandes salivaires.

Il y a un antagonisme marqué entre le jaborandi et l'atropine. A Londres, au Collège *University*, on réussit avec un dixième de grain de nitrate de pilocarpine à produire une salivation abondante, et avec un deux-centième de sulfate d'atropine on arrêta cette salivation. A Paris, M. Vulpian a réussi à empêcher la salivation et la sudation chez un de ses malades auquel il avait administré, quelques minutes auparavant, un soixante-dixième de grain (un milligramme) de sulfate d'atropine.

Une goutte de la solution du nitrate de pilocarpine (dans la proportion d'un grain à l'once) introduite dans l'œil est suffisante pour produire la contraction de la pupille.

Messieurs, il resterait encore bien des choses à dire sur les propriétés physiologiques de ce médicament, mais je crois avoir mis en évidence ses propriétés prédominantes et en avoir dit suffisamment pour donner une idée de sa valeur réelle sous ce rapport. Comme vous le voyez, il y a quelques années le jaborandi était à peine connu de nom en Europe, et aujourd'hui il est parfaitement établi qu'il occupe le premier rang comme agent sudorifique et sialagogue. Cependant, pour juger de sa valeur entière dans la thérapeutique il faut attendre encore.

Quant à moi, ayant eu occasion de recourir au Jaborandi dans trois cas bien marqués d'épanchements pleurétiques et cela avec le plus grand succès, je me fais un plaisir de soumettre

le résultat de ce traitement à votre appréciation, et pour cela je ne pouvais mieux faire que de rapporter ces cas devant notre Société.

Le premier cas remonte au mois de décembre 1877 et se rapporte à un malade, âgé de 40 ans, atteint de pleurésie depuis une dizaine de jours. Tous les signes indiquant inflammation de la plèvre gauche se rencontraient chez ce malade : douleur de côté accompagnée d'une toux sèche et l'épanchement s'étant faite de bonne heure, je constatai par la percussion, une matité bien prononcée, laquelle matité se déplaçait en faisant coucher le malade sur le côté sain. L'auscultation me fit percevoir nettement l'absence du bruit respiratoire, la respiration bronchique, etc. J'eus recours tout d'abord au traitement classique, l'émétique, les vésicatoires, les calmants, etc. La maladie comptait à peu près dix jours lorsque j'eus la bonne pensée de recourir au Jaborandi pour combattre l'épanchement qui allait en augmentant. Je prescrivis 3i, de feuilles de Jaborandi qui fut infusée pendant quinze minutes et le malade prit cette quantité en une dose.

Cinq minutes après, la salivation commença et elle dura à peu près deux heures. Elle fut abondante. Quant à la transpiration elle fut moins abondante et se manifesta surtout, dans le dos, entre les épaules. Il y eut quelques nausées, mais pas de vomissements, la sensibilité et le gonflement des glandes salivaires furent assez marqués. Relativement aux autres actions surtout les actions secondaires, je n'ai rien remarqué de particulier. Le jour même de l'administration le malade se sentit très-soulagé, la matité diminua sensiblement, la respiration était plus libre. Tout alla ainsi pendant les deux jours suivants, lorsque survinrent des signes indiquant un renouvellement d'effusion séreuse. Je prescrivis une autre dose du même remède et cette fois l'épanchement disparut mais pour ne plus revenir. Je terminai le traitement en conseillant un régime alimentaire composé de laitages auquel je fis associer des aliments gras, tels que bouillons, viandes blanches rôties et enfin les ferrugineux. Mon confrère, le docteur E. P. Lachapelle a visité ce malade après chaque administration du remède et a pu constater le résultat efficace de ce traitement.

Le second cas est celui d'une fille de 40 ans. Cette personne qui était dans la salle Ste. Famille, à l'Hôtel-Dieu, souffrait d'un épanchement latent du côté droit existant depuis à peu près six semaines lorsqu'elle entra à l'Hôpital. C'était en avril dernier. Enhardi par le succès que j'avais obtenu du traitement que je viens de rapporter, j'eus recours encore au jaborandi, en suivant la même dose et le même mode d'administra-

tion, et j'ai eu la satisfaction de combattre efficacement l'épanchement qui était plus considérable que chez le premier malade. Mais, dans l'espace de douze jours, j'eus recours quatre fois au jaborandi. La transpiration et la salivation furent chaque fois abondantes. Il y eut quelques nausées et des vomissements et de plus gonflement des glandes salivaires, hypersécrétion des glandes lacrymales et de la muqueuse nasale.

Le malade qui fait le sujet de ma troisième observation est un jeune homme de 28 ans, atteint d'épanchement pleurétique du côté droit, existant depuis une dizaine de jours lorsque je le vis pour la première fois.

Les signes de l'épanchement étant les mêmes que ceux des malades précédents, je me bornerai à rapporter que trois doses de jaborandi dans l'intervalle de six jours, firent disparaître l'épanchement.

Mon confrère le docteur Dagenais a eu connaissance de ce cas et a pu juger de l'efficacité du traitement en question.

Je ferai remarquer que chez ces malades les doses répétées se sont montrées un peu moins énergiques que la première infusion. Il est prudent de recommander aux malades d'éviter le refroidissement pendant qu'ils sont ainsi en sueurs exagérées. Après la disparition de l'épanchement, les frottements pleuraux étaient bien distincts. Je prescrivis deux fois le jaborandi, dans un cas d'œdème pulmonaire chez un vieillard, ce traitement entraîna, après une salivation et une transpiration assez abondante, un soulagement passager, mais il ne faut pas oublier que l'œdème pulmonaire est une maladie qui est presque toujours consécutive à divers états morbides, et ce vieillard se trouvait dans ce cas. Sans vouloir faire ici le procès de la thoracentèse, je vous avouerai sincèrement que le succès que j'ai obtenu du jaborandi dans les trois cas que je viens de citer, joints aux succès publiés par des médecins européens dont je vous parlerai dans un instant, me donne droit de prôner ce nouveau traitement, car c'est un point essentiel en pratique d'avoir à sa portée, pour une maladie en général redoutable, un moyen aussi simple que sûr dans ses bons résultats. Du reste, dans les épanchements pleurétiques récents la thoracentèse est souvent incertaine dans ses résultats, quant aux épanchements chroniques, l'expérience nous dit que la thoracentèse ne constitue le plus souvent qu'un moyen palliatif. Cependant je n'ai pas besoin de rappeler que le jaborandi serait inefficace dans la pleurésie ultime qui, comme la pneumonie est le couronnement d'un grand nombre d'affections graves, incurables, mais en dehors de cette espèce de pleurésie le jaborandi trouve son application. Maintenant, j'ai consulté au sujet de ce traite-

ment les éditions les plus récentes de Grizolle, Jaccoud, De Nicmeyer, Béhier et Hardy, l'encyclopédie de Ziemssen, les cliniques de Trousseau, tous des ouvrages classiques et jouissant d'une haute réputation, aucun de ces auteurs mentionne le jaborandi, du moins dans le traitement de l'épanchement pleurétique.

La première fois que je lus quelque chose sur le jaborandi, c'était en 1874, dans le troisième volume de l'*Union Médicale* de cette ville. Depuis cette époque, cette revue a publié souvent des reproductions européennes qui ont contribué à faire connaître cette plante. M. Gubler prévoyait alors que ce médicament trouverait son indication dans les hydropisies, les bronchites à râles vibrants, avec ou sans emphyème, les fièvres éruptives entravées dans leur évolution, etc., etc.

Le volume IV, reproduit un cas d'épanchement pleurétique traité par M. Créqui. Ce cas, pendant trois semaines, s'était montré rebelle au traitement classique par les purgatifs, les vésicatoires, les diurétiques, etc. 5 grammes (75 grs.) de feuilles de jaborandi en infusion, répétée quatre fois tous les deux jours, fit disparaître entièrement l'épanchement.

Le volume V, 1876, publie un extrait rapportant un cas de succès éclatant chez un homme de 35 ans, ayant un épanchement considérable du côté gauche datant depuis longtemps.

Ayant échoué avec les révulsifs et les diurétiques, un Dr Lequesne, qui traitait ce malade, administra deux fois 3i de jaborandi, et dans l'espace juste d'une semaine, l'épanchement était complètement disparu.

Dans le même temps, MM. Gubler, Créqui et Vulpian ont eu à se louer de ce traitement dans la pleurésie.

A Montpellier, on emploie fréquemment le Jaborandi dans les épanchements pleurétiques et M. le professeur Combal, formulait, il y a une couple d'années les effets de ce médicament de la manière suivante :

“ 1^o Le Jaborandi est très-utile dans le traitement des épanchements pleurétiques, quelle que soit leur ancienneté et quelle que soit l'abondance du liquide.

“ 2^o Le Jaborandi fait le plus souvent disparaître très-rapidement le liquide contenu dans la plèvre et fait apparaître des frottements pleuraux.

“ 3^o Les effets du Jaborandi sont de courte durée; on voit souvent ce liquide se reformer avec une grande rapidité. Il faut alors insister sur le jaborandi, et on parvient le plus souvent à faire définitivement disparaître le liquide.

“ 4^o Mais une fois le liquide disparu et les frottements pleuraux apparus, le jaborandi devient absolument inefficace. Il

“ faut, le plus souvent, alors pour achever la guérison, avoir “ recours au traitement tonique et quelquefois aux applications “ locales de teinture d'iode par exemple.”

Enfin la dernière livraison du même journal reproduit une communication intéressante et détaillée qui fait connaître le succès obtenu du jaborandi dans deux cas d'épanchement latent, et c'est précisément la lecture de ce travail qui est dû à un Dr Gélinau qui m'a le plus engagé à essayer ce traitement dans les cas qui me sont personnels.

Dans l'albuminurie, M. Dujardin-Beaumetz a employé ce médicament avec avantage chez un malade affecté d'albuminurie avec œdème généralisé et incommode par des vomissements continuels et tendant à peine deux onces d'urine par jour. Une infusion de 3iiss de feuille de jaborandi dans trois onces d'eau administrée par voie rectale a produit une salivation et une transpiration abondante. Le malade se trouva promptement soulagé. Le Jaborandi trouve encore son application dans l'asthme, surtout l'asthme humide.

Le mode d'action du jaborandi, comme tous les agents thérapeutiques, peut être interprété de bien des manières, mais je me rallie à l'hypothèse qu'en déplaçant l'effusion sereuse renfermée dans la plèvre, laquelle effusion est entraînée au dehors grâce à l'abondance de la transpiration et de la salivation, les vaisseaux exhalents de la plèvre se contractent jusqu'à ce qu'ils reviennent à leur volume primitif. En un mot, comme le dit le Dr Gélinau, que je vous mentionnais, il y a un instant, la source ancienne se tarit et s'efface pour faire place à la nouvelle.

C'est du reste l'histoire, sur une moindre échelle, des drastiques, dans les hydropisies ou même quelquefois dans les collections purulentes. Seulement l'action dérivative du jaborandi étant plus énergique ses résultats sont en rapport avec cette action marquée sur les glandes salivaires et sudorales.

En terminant, je répéterai que ce qui regarde la thérapeutique, je l'ai puisé, comme vous venez de vous en convaincre, dans les intéressantes et instructives communications publiées par des Revues françaises et reproduites par l'*Union Médicale* à laquelle nous sommes redevables de bien d'autres renseignements importants tant au point de vue scientifique que thérapeutique.

Quant à ce qui concerne les propriétés physiologiques du jaborandi, la dernière édition du *Traité de thérapeutique et de matière médicale* de Trousseau et Pidoux, revue par Constantin Paul, m'a été d'un grand secours.

J'ai trouvé aussi des informations bien utiles sur l'histoire de cette plante dans quelques communications intitulées .

“ *Notes pharmaceutiques,* ” publiées dans le *Medical Record* de cette ville et signées “ H. Gray. ”

Comme vous le voyez, le jaborandi est très en faveur auprès des médecins dont la réputation est bien établie en Europe. Ils le citent comme jouissant des propriétés sialagogues et sudorifiques on ne peut plus énergiques et comme très-efficaces dans plusieurs maladies mais spécialement dans les épanchements pleurétiques.

Telles sont, Messieurs, les quelques communications que j'ai cru devoir intéresser notre société.

Diagnostic et Pronostic.

QUELQUES CONSEILS PRATIQUES POUR L'ÉTUDIANT.

(Suite)

Le meilleur médecin, au dire d'Hippocrate est celui qui sait lire d'avance. Le malade et le médecin sont à la merci du bon pronostic : le malade pour son bon traitement, le médecin pour sa réputation. Il y a des circonstances où l'accomplissement d'un devoir reste toujours sans récompense. Ici, il en est tout autrement : un bon pronostiqueur est toujours bien payé. Si l'homme en santé est prêt à faire les plus grands sacrifices pour connaître un tant soit peu les choses futures, combien l'homme malade n'est-il pas rempli de ce désir si naturel, si instinctif. Seulement en médecine les rôles ne sont pas les mêmes. La divination est un enfantillage qui se niche quelquefois chez gente soit disant sérieuse, tandis que le pronostic médical a sa raison d'être, le devin vulgaire ne sera jamais autre chose qu'une pythonisse ridicule, moins son trepied si vous voulez, le bon pronostiqueur sera toujours un savant émérite.

M. Potain, dans une clinique sur le pronostic, considère les maladies au point de vue de celui-ci, de trois manières différentes, ou plutôt les divise en trois classes. Il y a les maladies mortelles, les transformations et les complications.

La pneumonie chez un homme parvenu aux dernières limites de la vie a une terminaison généralement fatale, de même qu'elle ne tue presque jamais dans la première enfance. Pourquoi ? l'hépatisation ou solidification du poumon est ce qui rend cette maladie mortelle ; or chez l'enfant elle se produit difficilement, tandis que chez le vieillard, déjà commencée par

le seul effet de l'âge, elle est développée rapidement par l'inflammation. Donc, à l'homme qui a compté soixante années, et qui est atteint d'une pneumonie, si elle est du sommet surtout, nous annoncerons une mort vertue. Ainsi de bien d'autres maladies dont la marche est à peu près semblable, et qui obligent le médecin à un pronostic fatal.

Les maladies, en deuxième lieu, se transforment. Nous savons tous qu'une pleurésie peut suppurer et devenir empyème, un rhumatisme mono-articulaire passer à l'état d'arthrite chronique et de tumeur blanche, une scarlatine faire place à la maladie de Bright, etc.

Les complications sont aussi nombreuses. Nous en avons déjà dit un mot au sujet du diagnostic. Ainsi nous ne devons pas oublier que la fièvre typhoïde est accompagnée de myosite quelquefois. Nous avons rencontré un cas où la myosite a suppuré après être devenue générale, et qui a conduit notre patient au tombeau. Le pronostic n'était pas douteux. La fièvre typhoïde est compliquée ainsi de bronchite, d'entérite assez sérieuse, etc. Il y a l'arthrite blennorrhagique, l'hémorrhagie grave chez l'hémophile qui subit une opération, même légère.

Il faut donc considérer le pronostic à ces trois points de vue et y attacher une importance sérieuse. Les apparences sont trompeuses: tout ce qui reluit n'est pas or. C'est au lit du malade qu'il faut se rappeler ces sentences veridiques. Tel, qui nous offre une figure assez illuminée, comme si la santé et la vie regorgeaient, et qui est mort quelques heures après. Celui-ci est accoudé sur sa table. Il est un peu oppressé, mais rien ne fait présager que l'oppression a une cause grave. Si vous faites un examen minutieux, vous constatez que le pouls faiblit, l'impulsion cardiaque s'éloigne de votre oreille, la mort n'est pas loin.

Convient-il de faire connaître toujours le pronostic que porte le médecin? Le silence ou l'abstention n'est-elle pas plus avantageuse? Au malade il est rarement utile de faire cette confidence. À la famille il est souvent avantageux de tout dire.

M. Potain nous cite à ce propos le cas suivant: une jeune fille vient de Londres à Paris pour consulter le médecin de Necker. "Docteur, lui dit-elle, en son cabinet, à peu près en ces termes: Je suis sur le point de contracter mariage. Cette union je la désire, je la souhaite, elle m'est si chère... Néanmoins, car je suis malade, donnez-moi sans réserve, comme sans restriction, tout votre avis. Dois-je attendre et combien? ou dois-je pour toujours oublier?... Honneur, délicatesse, droiture, franchise, la jeune fille met tout en jeu. Quo répondre? M. Potain ausculte la jeune fille et son oreille lui dicte ce dia-

gnostic : Phthisie au premier degré. M. Potain va-t-il écrire, en tête de son ordonnance, cet arrêt de mort probable (question de temps), les recours en grâce sont si rares. Va-t-il brutalement, brusquement lui proscrire le mariage? Va-t-il lui dire:

Ah! pleure fille infortunée!
 Ta jeunesse va se flétrir
 Dans sa fleur trop tôt moissonnée!
 Adieu, beau ciel, il faut mourir.

Mille fois non. M. Potain répondra à cette enfant avec le tact qui le caractérise, qu'elle est un peu faible en ce moment, et qu'avant de s'engager dans le mariage et dans ses suites (grossesse, accouchement, allaitement, etc) elle faisait bien, dans l'intérêt de son mari, de ses enfants à venir, et dans le sien propre de prendre tels soins hygiéniques, tels réconfortants, de suivre tel régime. Dans ces cas comme dans bien d'autres le temps est tout.

Que l'élève suive la conduite d'un si grand maître.

Le même auteur qui nous a fourni les études thermométriques que nous avons citées au sujet du diagnostic, nous en procure également pour le pronostic, nous les rapportons textuellement.

Le chaud et le froid, constatés dans les maladies, sont des signes pronostiques très-précieux. Les savantes prédictions d'Hippocrate et des médecins anciens et modernes reposent très-souvent sur l'interprétation judicieuse de ces modifications de la température. Les mots *sec, aère, moite, humide*, sont remplacés par l'indication des degrés thermométriques qui fixent exactement dans l'esprit une notion déterminée, et qui est par cela même beaucoup plus profitable.

L'expérience a appris que dans n'importe quelle maladie—excepte dans la fièvre intermittente où l'on trouve parfois des températures de 40° ou 41°—l'élevation du thermomètre à 41° ou 41°,50 est toujours un signe grave.

Au-dessus de 41°,50 la mort est fort probable.

M. Wunderlich assure que "une température supérieure à 42° entraîne la mort avec une extrême probabilité, à moins que ce chiffre ne soit observé dans un typhus récurrent."

M. Hirtz, également, a constaté que l'issue était fatale toutes les fois que la température dépassait 41°,9 pendant plusieurs jours.

Dans ces appréciations, on doit tenir compte de la période de la maladie, car dans la période initiale on trouve souvent des températures de 40°, 40°,50 sans que pour cela la vie soit en danger. Il y a simplement présomption que la maladie

sera grave. M. H. Roger résume ce point de vue en disant que, si cette température élevée dure plusieurs jours, on doit craindre que la bronchite ne se complique de pneumonie, que la pneumonie (si c'est une pneumonie dès le début) ne passe à la suppuration, et que la pleurésie ne devienne un empyème.

Dans les fièvres éruptives, dans les pyrexies inflammatoires, où la fièvre est la traduction de l'état local, l'élévation de la température est en proportion de la gravité de la maladie.

Cependant, il y a des inflammations qui s'accompagnent, à un certain moment, de décroissance dans la température (méningite), mais si, après cette décroissance, le thermomètre accuse une augmentation de la chaleur, c'est un très-mauvais signe.

La décroissance de la température, dans beaucoup de maladies, est un signe pronostique très-précis, dans les fièvres typhoïdes avec collapsus, dans les fièvres septicémiques, dans les entérites cholériformes, dans les péritonites avec perforation, dans les hydropisies froides, dans le mal de Bright scarlatineux ou primitif, dans l'urémie, si la température s'abaisse à la périphérie et aux extrémités, le pronostic est très-grave.

Dans la sclérose des nouveau-nés, l'abaissement progressif de la température est un signe très-fâcheux; le pronostic est très-favorable si, après être descendu, le thermomètre remonte.

L'abaissement de la température de l'aisselle, de 1 ou 2 degrés, est toujours très-grave, surtout chez les enfants.

Chez ces derniers, la guérison ne semble plus possible au-dessous de 32°,50; mais chez les adultes, on a vu, dans les cas de choléra, la température descendre jusqu'à 24° sans que l'issue fut fatale.

En général, la diminution de la chaleur animale, au point de vue du pronostic, est plus grave que son exaltation.

Après avoir exposé les progrès et les avantages que la médecine a retirés d'une connaissance plus précise des modifications thermiques dans les maladies, qu'il nous soit permis de dire, en peu de mots, notre sentiment à ce sujet.

Considérant que la chaleur animale est la résultante des actes mystérieux de la vie, et qu'elle accompagne le mouvement vital dans toutes ses manifestations, il est utile de connaître thermométriquement ses modifications dans l'état sain comme dans l'état morbide.

Cette utilité a été de tout temps comprise et appréciée, et nous avons vu que l'usage du thermomètre, entre les mains de Bouillaud, Andral, H. Roger, avait fait fuir à cette branche de nos connaissances un pas immense qu'elle n'a guère dépassé depuis.

Les principales notions utiles que l'on pouvait retirer de la thermométrie étaient déjà acquises lorsque les Allemands s'emparèrent de la question; ceux-ci, par une certaine mise en scène de tracés graphiques, par la généralisation de la thermométrie à tous les cas pathologiques, lui donnèrent bientôt une importance qui primait celle de la maladie elle-même.

Dès lors la maladie fut remplacée par des *calories*, le médecin par un thermomètre enregistreur, et la thérapeutique par un bain d'eau froide.

Cette exagération ne tendait à rien moins qu'à faire négliger l'étude si importantes des manifestations organiques et fonctionnelles des maladies, et c'est ce qui a eu lieu pendant un certain temps. Aujourd'hui l'engouement est passé; la raison, le bon sens reprennent leurs droits, et l'on ne garde plus de la thermométrie que ce qu'il faut en garder: la notion des modifications thermiques dans l'état morbide en général et la possibilité, dans quelques cas rares, de faire intervenir cette notion comme élément essentiel de diagnostic ou de pronostic.

Nous reviendrons sur ce double sujet qui, au lieu d'être traité *currente calamo*, mérite la méditation continue du praticien comme de l'élève qui veut le devenir.

SÉVERIN LACHAPPELLE, M. D.

Ville Saint Henri.

FIN.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET CLINIQUE MÉDICALES.

Du traitement hygiénique des tuberculeux.—Il n'y a pas de *traitement* de la phthisie pulmonaire, par cette raison que la phthisie pulmonaire n'existe pas: la phthisie pulmonaire est une abstraction. on ne traite pas une abstraction. Il y a d'une part, le tubercule, produit de déchéance, et la tuberculisation, évolution de ce produit. Il y a, d'autre part, l'organe où siège le tubercule, et le tuberculeux qui porte cet organe, l'un et l'autre, poumon et tuberculeux, réagissant comme ils peuvent souvent très-mal—contre l'offense tuberculeuse.

En d'autres termes, nous avons affaire à des TUBERCULEUX.

en faveur desquels nous pouvons quelque chose, et non à des *tubercules* contre lesquels nous ne pouvons absolument rien.

La notion de *spécificité* de la lésion tuberculeuse a fait naître pour quelques-uns l'idée de spécificité du médicament, source pour ceux-ci de désespérance, et pour ceux-là de charlatanisme.

En réalité, ce que nous pouvons combattre, ce sont les effets extrinsèques du tubercule. Ce que nous pouvons faire encore, c'est agir sur les causes de tuberculisation, non pas les causes passées, mais les causes futures, c'est-à-dire sur ce qui serait capable d'engendrer de nouveaux tubercules. Ce n'est plus là que le traitement de l'avenir, quant au malade et quant à ses organes envahis déjà, et qu'il faut essayer de préserver d'un nouvel envahissement, c'est la prophylaxie, le traitement du tuberculeux encore *tuberculisable* et qu'il faudrait empêcher d'être tel. D'un seul mot, c'est l'*hygiène*, nous l'avons assez vu, dans le cours de leçons précédentes.

L'idéal serait donc : 1° de soustraire le tuberculeux par méaventure au milieu malfaisant, extrinsèque et intrinsèque, physique et moral, où et par quoi il est devenu tuberculeux ;

L'idéal encore de changer le milieu actuel pour un meilleur, à l'égard du tuberculeux par hérédité, de telle sorte que ce tuberculeux fût placé dans des conditions telles, que de nouveaux tubercules ne germassent pas en lui ;

2° Cela fait, d'enrayer l'évolution des tubercules existants ;

3° De combattre l'hypérémie périphérique, ainsi que ses conséquences bronchiques et pulmonaires ;

4° D'entourer de soins presque pieux l'appareil digestif ;

5° De faire appel, et par tous les moyens, aux appareils nerveux, musculaire et cutané ;

6° De tenir compte des formes si variées de l'évolution tuberculeuse, ainsi que de la résistance de l'organe et de celle de l'organisme.

De sorte qu'en résumé le traitement doit être individuel et s'inspirer des particularités du cas. Là est la tâche, là aussi la difficulté.

Cependant, si l'on se place au point de vue de la germination tuberculeuse, le but serait de la *prévenir*, chez un sujet prédisposé par sa débilité.

Nous savons que, dans la grande majorité des cas, la tuberculisation spontanée est le résultat de l'inanition digestive ou de l'inanition respiratoire. Éviter ces causes, les éloigner si elles existent, c'est placer le sujet dans les conditions les meilleures pour le préserver.

Soit, par exemple, un enfant prédisposé à la tuberculose, par la scrofule, le lymphatisme, ou pis encore, par la tubercu-

lisation pulmonaire paternelle ou maternelle, que peut-on en sa faveur ?

Il m'a été donné d'esquisser à grands traits le plan d'existence à suivre, en pareil cas, à propos d'un enfant né d'une mère phthisique, et pour lequel son père me demandait ce qu'il fallait tenter pour le préserver du mal maternel. " En faire un petit paysan, " répondis-je, voulant dire par là qu'il fallait changer la vie urbaine pour la vie agreste, la vie dans les chambres pour la vie des champs, la privation du soleil par l'exposition au soleil, la crainte du froid par sa recherche, les bains chauds par les bains de rivière, le repos par l'activité, les exercices intellectuels par les musculaires; en un mot, vivre de la vie naturelle: là est en réalité la prophylaxie. Et de fait j'ai réussi, pendant dix ans, à préserver cet enfant, dont je dirigeais la santé depuis la mort de sa mère, phthisique, de tout accident maladif, et cela sans le médicamenter.

L'homme est un animal et, comme tel, né pour vivre en plein air. La vie civilisée a changé tout cela: au toit du firmament on a substitué le toit artificiel; à l'air libre et sans limites, l'air emprisonné et empoisonné. Ce n'était pas assez: entre ses murailles, de plus en plus étroites, l'homme de la cité supprimant la nuit pour prolonger la durée de son activité comme aussi de ses jouissances, s'épuise par le corps, s'épuise par l'esprit, et arrive ainsi, par l'usage organique, à une caducité précoce, quand ce n'est pas à la tuberculisation de sa personne ou de sa race.

Voilà ce que coûtent les merveilleux progrès de l'humanité! Faut-il donc conseiller l'abandon de la vie civilisée et le retour à l'état de nature? La chose est impossible autant qu'insensée. Ce qu'il faut c'est, idéal réalisable, faire marcher de pair avec le reste, l'hygiène de l'édilité et l'hygiène du foyer domestique: pour l'édilité, modifier la cité, remplacer les rues étroites et tortueuses par les voies larges et rectilignes, que l'on puisse inonder de soleil et de lumière, faire largement et partout circuler l'air et l'eau, planter des arbres nombreux et faire vivre ainsi l'homme au voisinage de qui lui est salutaire.

Dans ces conditions, que réalise déjà en partie la transformation de nos grandes villes, la tuberculisation y sera diminuée de tout ce qui était dû à l'impureté de l'air, et je ne doute pas qu'elle ne finisse par y devenir presque aussi rare que la scrofule, autrefois si fréquente, que c'était un privilège royal en France de " toucher les écrouelles ", presque aussi rare que le scorbut, dont il y a un demi siècle à peine, en plein premier Empire, on pouvait observer une épidémie à Paris.

Je n'ai si longuement insisté, dans des leçons antérieures,

sur les causes qui font qu'on se tuberculise, que pour bien faire comprendre que les conditions inverses font qu'on ne se tuberculise pas, qu'ainsi on peut empêcher le développement de la tuberculisation, ou développée, l'enrayer.

Enrayer la tuberculisation, on le peut, ainsi que le démontrent des faits très-nombreux. Et comment? par un changement d'hygiène. Malheur à qui ne le peut faire, ou qui, le pouvant, ne le fait pas!

C'est en réparant davantage par une nourriture infiniment meilleure, en se dépensant moins avec les femmes, c'est aussi en vivant d'une vie le plus extérieure possible, que s'est conservé tuberculeux sans devenir phthisique un de mes amis, architecte, que j'observe depuis 1856, depuis vingt-deux ans, et qui non-seulement s'est ainsi conservé, mais a engraisié à en être méconnaissable, mais a eu des enfants qui ne sont pas tuberculeux, leur hygiène étant excellente et la mère, robuste, ayant corrigé, de sa part, la vicieuse origine paternelle; ce qui justifie ce que j'ai dit sur la non-fatalité de l'hérédité tuberculeuse.

C'est par deux années entières passées à la campagne que la guérison d'accidents thoraciques sérieux et d'accidents généraux plus grave a été obtenue chez une femme tuberculeuse, que je soigne depuis vingt-cinq ans, et qui vit parfaitement, sauf qu'elle tousse un peu; et qui engraisse, surtout depuis qu'elle a doublé sans péril le cap de la ménopause, mais aussi a-t-elle cessé d'être ouvrière séquestrée, et sa vie, très-active, s'écoule-t-elle presque complètement à la campagne. Elle a d'ailleurs eu la sage-se de rester fille et d'échapper ainsi au double péril de la congestion pulmonaire gravidique et post-puerpérale. C'est de la sorte qu'elle a atteint aujourd'hui l'âge de quarante-huit ans; étant *depuis trente ans tuberculeuse*. Je la "drogue" d'ailleurs le moins possible: du lait, de la viande, du vin et le plus grand air possible, voilà pour la vie habituelle; l'hiver, de l'huile de foie de morue, quelques jours par mois, 4 à 5 milligrammes d'arsenic; un petit verre à liqueur de vin de quinquina au malaga à la fin du repas; et enfin au cas de congestion périphymique et d'oppression, un petit vésicatoire ou des badigeonnages à la teinture d'iode, voilà pour la médication: on ne la saurait faire plus simple.

Je dois encore vous citer ici pour la plus grande gloire de la vie agreste, et de l'équitation, le fait d'un officier d'artillerie qui, tuberculeux, se fit gentilhomme campagnard et se conserva ainsi depuis quarante et un ans.

De même, un médecin militaire qui se fit une santé en Algérie, par la vie active et de plein air, qui conserva cette santé

ainsi refaite, par l'existence fatigante de médecin de campagne dans les montagnes de l'Auvergne, et qui supporte vaillamment sa tuberculisation de trente années de date.

A propos de la longue vie possible des tuberculeux, je pourrais citer des faits empruntés à Pollock, à Bennet, à Constantin Paul, et où l'on voit l'heureuse influence de la vie à la campagne, de l'alimentation plantureuse et de l'équitation.

A cette occasion, j'ai déjà dit, et je le redis ici, "l'indication est de soustraire—si possible—l'organisme aux causes qui ont amené la tuberculisation, et d'empêcher—ce qu'on peut—la congestion active autour des tubercules, car là est le danger."

"Chacun a dans sa mémoire, dit H. Gouraud, des souvenirs de malades tuberculeux ou guéris, ou améliorés, ou arrêtés sur la pente par le séjour de tel ou tel climat, et il doit faire son profit de ses souvenirs. Un de mes amis de Normandie, se trouvant sur les limites du premier et du second degré de la tuberculisation pulmonaire, prend son parti d'aller passer trois ans à Pau et chacun des étés de ces trois années aux Eaux-Bonnes. Il y a de cela une trentaine d'années, et ce père de famille, quoique fort délicat, vit toujours et a aujourd'hui soixante-quinze ans." Je dois, il est vrai, faire observer ici qu'il s'agit de la phthisie de la *cinquantaine*, laquelle est habituellement plus lente en sa marche et plus ralentissable que la phthisie héréditaire et de la puberté.

Je dois encore ajouter que, dans tous les cas qui me sont personnels, la tuberculisation était apyrétique et l'estomac des tuberculeux excellent, à l'épreuve même de l'huile de foie de morue!

Mais vienne l'hiver! que doit faire alors le tuberculeux de nos contrées? Doit-il toujours, et d'obligation, aller au loin, comme l'hirondelle, chercher un climat qui lui soit plus élément?

Avant d'aborder cette question des résidences hivernales pour les phthisiques, énonçons quelques vérités de sens commun: elles ne seront pas ici déplacées. Et d'abord il est bien évident que ce qu'il faut à un phthisique, ce n'est pas un climat qui le *guérisse*; c'est un climat qui lui permette de continuer de vivre,—au moins le plus longtemps possible.

On demande à l'air d'un climat comme à sa température ce qu'ils ne peuvent vraiment pas nous donner; et il est à cet égard, dans le public comme chez beaucoup de médecins, des préjugés et des présomptions féconds en mécomptes, originaux, ceux-ci, d'un septicisme injuste autant qu'irrationnel et périlleux.

L'erreur est de chercher un *air* qui guérisse le tubercule et le tuberculeux ; ou une *température* qui ait ce pouvoir.

L'erreur encore est de croire qu'il faille aux tuberculeux un climat où il n'y ait pas de tuberculisation autochtone ; en dehors des contrées polaires, il n'est pas de ces climats. L'erreur de vouloir alors rejeter telle résidence, parce que certains de ses indigènes y deviennent spontanément tuberculeux ; étant démontré que ce n'est pas l'air seulement, ni la température, ni le vent, ni la pluie, ni aucune vicissitude atmosphérique, mais les multiples infractions à l'hygiène, et sous toutes les formes, qui ont la tuberculisation pour résultante. On peut donc *devenir* tuberculeux—et vraiment cela doit être—à Cannes, à Nice, à Menton, à Hyères, à Pau, à Alger (pour ne parler que de nos stations les plus justement réputées), et ces tubercules peuvent y engendrer des tuberculeux sans qu'il y ait à incriminer ces stations, innocentes du méfait.

Il ne faut donc pas rejeter tel pays parce qu'on y peut voir des tuberculeux, pas plus qu'il ne faudrait aveuglément adopter tel autre parce qu'on n'y en voit pas. Ce raisonnement serait absolument vicieux, au moins quant aux pays chauds. Ce qu'il importe, c'est de chercher si telle contrée est favorable aux tuberculeux et à quels tuberculeux : favorable dans telle saison et défavorable dans telle autre ; ce n'est pas seulement une question de température en trop ou en pas assez, mais surtout de vicissitudes et de brusques variations atmosphériques, quant aux vents, quant aux brouillards et quant à la pluie.

J'ai parlé de la température et de son action prétendue thérapeutique dans la phthisie pulmonaire : à cet égard l'esprit médical irait volontiers de l'équateur au pôle, du très-chaud au très-froid. Après avoir répété, après Hippocrate, que "l'été guérit les maladies qui se sont développées l'hiver" (ce qui est surtout vrai pour les affections catarrhales et à *frigue*, mais ne l'est pas pour la tuberculisation pulmonaire) ; après avoir envoyé les phthisiques à Alexandrie, comme Celse ; en Éthiopie et en Arabie, comme Averroès ; après avoir choisi comme résidence des poitrinaires le Caire, Madère, Malte, Alger, Corfou ; plus loin encore, les Indes orientales, la Floride et l'Amérique du Sud, quelques-uns, et des plus savants, recommandent aujourd'hui la Sibérie orientale, les steppes de la Tartarie et les hauts plateaux de l'Engadine. On pourrait vraiment, comme le dit avec son habituelle finesse d'esprit M. Leroy de Méricourt, "écrire chaque page de l'histoire climatologique des stations d'hiver en deux colonnes qui mettraient en regard des affirmations opposées."

Ainsi pour l'air et son action médicatrice ; les uns conseil-

lent l'air condensé des vallées (plus riche en oxygène sous le même volume); d'autres l'air raréfié des montagnes (forçant les poumons à une gymnastique plus active); ceux-ci, l'air marin (aux émanations d'iode et de brome); ceux-là, l'air des sapinières (aux senteurs balsamiques); tels autres, au contraire, l'air sec, frais jusqu'à être froid, et sans cesse renouvelé (ces derniers n'ont pas si tort, même quand ils exigent, comme Bennet et Mac Cormac, que les fenêtres soient ouvertes la nuit.)

J'ai parlé du raisonnement vicieux qui faisait médire des pays chauds, parce qu'on y pouvait devenir tuberculeux, et les rejeter comme résidences d'hiver de ce fait; raisonnement qui portait, inversement à préconiser les pays froids ou à grande altitude, comme stations hivernales pour les poitrinaires, parce que la phthisie pulmonaire y était rare ou inconnue; j'en ai parlé déjà et j'y reviens: le raisonnement ici est au moins séduisant. Dans les pays froids, l'hématose est puissante, et il faut qu'elle le soit pour lutter contre la réfrigération périphérique; le fonctionnement pulmonaire est ainsi maximum, et nous savons que tout organe qui fonctionne le plus est celui qui se tuberculise le moins; l'observation est ici d'accord avec la théorie physiologique: la tuberculisation pulmonaire est à peu près, sinon totalement inconnue dans les contrées voisines du pôle; les affections inflammatoires y étant fréquentes, au contraire, dans les organes respiratoires, soit en raison de leur fonctionnement excessif, soit par suite des congestions s'effectuant de la périphérie au centre et produites par le froid frappant le tegument externe. De même dans le pays à grande altitude, l'air étant plus rare, la mise en action de la totalité du poumon est indispensable, d'où l'utilisation nécessaire des lobes supérieurs des poumons pour la production d'une hématose qui suffise aux besoins de l'organisme.

Or, nous savons que l'inertie et l'oisiveté habituelle de ces lobes y sont une cause adjuvante des plus considérables de tuberculisation. De sorte que, soit que nous envisagions les contrées à température froide, rigoureuse, soit que nous étudions les pays à grande altitude, nous comprenons la raison physiologico-pathologique de l'immunité de leurs habitants pour la tuberculisation pulmonaire. Et il n'y a pas à dire que ce soit le froid rigoureux qui, décimant les faibles, les empêche d'arriver à l'âge où ils pourraient se tuberculiser; attendu que la même immunité pour la phthisie pulmonaire on l'observe sur les hauts plateaux du Mexique, où il ne fait pas froid, comme dans l'Engadine supérieure, où la température est rigoureuse. Ainsi se trouve justifiée la pensée de mettre à profit cette cause d'immunité, au moins pour les sujets débilés,

et que leur débilité même, ou mieux encore, une fâcheuse hérédité, prédisposent à la tuberculisation; au moins aussi pour ceux qui commencent la tuberculisation, et qui ont dans leur malheur cette fortune de la commencer sous la forme lente apyrétique. En conséquence, le séjour dans les pays froids ou à grande altitude peut servir à *prévenir* la tuberculisation pulmonaire, ou à *envoyer* la forme lente de celle-ci, laquelle est précisément la plus commune. Mais il y a là des conditions de fortune qui ne sont pas réalisées par tous, de sorte qu'on en est parfois réduit à chercher des équivalents: par exemple, le séjour à la campagne pour les urbains devenus tuberculeux de ce fait. Mais pour en revenir au séjour sous les grandes altitudes, je peux dire qu'il est loin d'être nuisible dans les formes dites *torpides* de la tuberculisation pulmonaire.

Un médecin de Silésie, Brehmer, considère, ainsi que moi, la vie sédentaire et la respiration d'un air confiné comme les principales causes de la phthisie pulmonaire, et il se fonde, avec raison, pour le dire, sur les nombreuses observations qu'il a faites dans les prisons, les fabriques et les grandes réunions d'individus à vie sédentaire.

D'un autre côté, s'appuyant sur les statistiques de Hirsch, d'après lesquelles la phthisie pulmonaire ne se trouve pas dans les lieux à une certaine altitude, que l'air y soit d'ailleurs humide, variable ou tempestueux, pourvu que la température y soit moyenne, Brehmer en conclut que le traitement hygiénique de la tuberculisation pulmonaire doit être l'exercice, la vie en plein air et la résidence dans un lieu élevé. Conditions auxquelles il associe l'hydrothérapie par courtes séances (bains de pluie de quarante-cinq secondes), et des repas nombreux, mais modérés (cinq à six en vingt-quatre heures).

Eh bien, on ne saurait mieux dire: l'exercice musculaire qui fait du calorique; la respiration d'un air raréfié qui force la poitrine à se dilater et entraîne la respiration des lobes pulmonaires ou lobes "de renfort"; la vie en plein air, qui fait que cet air que l'on respire ainsi est pur; l'hydrothérapie qui stimule la peau et en active les fonctions, activées déjà par l'exercice musculaire, et qui, d'autre part, provoque de grandes inspirations: tout cela est aussi correct que bien déduit: il n'y a pas jusqu'à la forte alimentation qui ne soit judicieuse.

Seulement il faut à pareil régime alimentaire un estomac qui puisse y suffire; et l'on sait ce que vaut le plus souvent, hélas! ou plutôt ce que ne vaut pas l'estomac d'un tuberculeux; il faut à pareille gymnastique musculaire des forces qui ne soient pas défaillantes, comme à pareille gymnastique respiratoire, des poumons qui ne soient pas trop endommagés.

comme enfin à pareille vie en plein air, un organisme qui ne tiennne pas la fièvre.—*Bulletin général de Thérapeutique médicale et chirurgicale.*

(A continuer).

Nouveau traitement de l'anthrax et des affections phlegmasiques aiguës, par la méthode hémospasmo-aspiratrice.—Chacun connaît la gravité des affections phlegmonieuses aiguës. Lorsque l'on n'est pas assez heureux pour en obtenir promptement la résolution, le phlegmon s'abcède, et l'on a à compter avec toutes les conséquences qui s'y rattachent (suppuration plus ou moins abondante, décollements, résorption purulente, pyoémie). Lorsque le malade n'est pas doué d'une résistance vitale suffisante, la terminaison trop fréquente de ces accidents colliquatifs, c'est la mort!

L'anthrax est toujours une affection grave. Quand il n'aboutit pas à une terminaison fatale, il occasionne tout au moins de vives souffrances aux malades, dont le rétablissement, d'ordinaire, se fait longtemps attendre.

Le traitement de l'anthrax est essentiellement chirurgical, ce qui revient à dire qu'il entraîne, pour les patients, de douloureuses épreuves. Ils sont condamnés à de longues et profondes incisions, qu'elles soient effectuées au moyen du bistouri, du fer rouge ou des caustiques. L'exérèse, quelle que soit la forme sous laquelle elle est effectuée, comporte à sa suite une série interminable de pansements, d'injections détersives, antiseptiques, le drainage, etc.

Ce que j'ai dit de l'anthrax s'applique également aux affections phlegmonieuses aiguës.

En voilà assez pour faire voir combien l'ancien traitement laisse à désirer, sur ce chef, le traitement classique. Fort heureusement, la science n'avait pas dit son dernier mot.

Il y a quelques années, j'ai fait connaître un mode thérapeutique qui permet d'obtenir la jugulation de l'anthrax et des affections phlegmonieuses, pour peu que ce même mode soit utilisé au début de la maladie. Je dois l'avouer, malgré les faits particulièrement probants que j'ai publiés jusqu'à ce jour, ma voix s'est à peu près, sinon totalement, perdue dans le désert. Un jour viendra sans doute où cette méthode, si efficace, sera présentée comme nouvelle par un prince de la science. A partir de ce moment, je n'en fais aucun doute, elle passera dans le domaine de la pratique courante.

Mais, trêve de réflexions! Laissons, une fois encore, parler les faits.

M^{me} la marquise de T., est âgée de 61 ans. Elle est d'une forte constitution. Invasion de l'affection, huit jours. Cette dame porte, à la région interscapulaire, une tumeur phlegmoneuse du volume du poing d'un adulte. Une autre tumeur, moitié moins volumineuse, siège à la région ilio-lombaire gauche. À la partie culminante de chacune de ces tumeurs, se voient deux surfaces de 0,03 de diamètre, criblées en arrosoir. Les téguments qui recouvrent les deux tumeurs sont rouges, tendus, douloureux, présentant les caractères de la première période du phlegmon aigu. Le mal, dans son ensemble, mesure une étendue de 0^m 28 sur 0^m 18.

Depuis trois fois vingt-quatre heures, la malade ne peut trouver de soulagement dans aucune position, elle n'a poussé qu'un cri.

C'est dans cette cruelle situation que je lui propose de recourir à un moyen douloureux, mais sûr dans ses effets. En femme résolue, désireuse de s'arracher à tout prix à d'intolérables souffrances, M^{me} de T. accepte avec empressement ma proposition.

Je fais agir trois fois le scarificateur à 16 lames à la base de la tumeur supérieure, et j'applique le verre à ventouse de 0^m 12 d'ouverture, sous lequel je pratique une aspiration pneumatique aussi douce et exempte que possible de secousses. J'extrait, de la sorte, environ une centaine de grammes de sang.

Cette saignée, si peu copieuse, suffit cependant, grâce à l'activité imprimée à la circulation capillaire, pour apporter à la malade un soulagement instantané des plus marqués. À partir de ce moment, plus de cris; sentiment de bien-être comparatif indicible.

Le soir même, seconde saignée locale, effectuée à la partie culminante de cette même tumeur supérieure. De deux coups de scarificateur, je retire, en huit minutes, 100 grammes de sang.

Tout va pour le mieux jusqu'à minuit, moment où se réveillent les douleurs, mais avec une bien moindre intensité.

Le lendemain matin, convaincu que ces douleurs sont en rapport avec un travail d'abcès profond, bien que ne pouvant percevoir aucune fluctuation, je plonge cinq centimètres d'acier au fond de la tumeur.

Il ne s'écoule, par l'étroite ouverture, que quelques gouttes de pus. Ce résultat suffisait à la fois pour justifier mon diagnostic, et éclairer la voie dans laquelle il était convenable de m'engager.

Je ne pouvais évacuer le foyer purulent par des manipulations horriblement douloureuses. Mais il y avait mieux à faire.

Je fais agir, sur ce point même, le scarificateur et pratique ensuite une douce aspiration, précaution prise d'ouvrir notablement le robinet de réintroduction de l'air. Grâce à cette précaution, les parties, tendues et d'une extrême sensibilité supportent, sans trop de douleur, l'action aspiratrice bien ménagée de l'appareil.

J'extrait, de la sorte, un bon verre à Bordeaux de pus mêlé de sang noir et épais.

A la suite de cette déplétion sanguine, le volume de la tumeur supérieure se trouve réduit des trois quarts. A trois heures d'intervalle, j'extrait une cinquantaine de grammes de sang de la tumeur inférieure.

De ce moment, la marche du mal est manifestement enrayée.

C'est ainsi que, par le bénéfice de cette action locale énergique, j'ai pu juguler en quatre jours une affection phlegmoneuse qui, traitée par les moyens ordinaires, pouvait donner lieu à des décollements étendus, à une longue et colliquative suppuration.

La mortification des téguments s'est bornée aux points les plus culminants des deux tumeurs, surfaces circonscrites que, dès ma première visite, j'avais trouvées frappées de sphacèle, et dont, par conséquent, il ne m'avait plus été possible de prévenir la destruction. Le travail ulcératif a été si heureusement enrayé, qu'il ne s'est produit que deux petites plaies insignifiantes, superficielles et sans aucun décollement. La cicatrisation complète n'a pas demandé plus d'une douzaine de jours.

Dans ce cas, ainsi que dans ses analogues, l'instrument m'a rendu un signalé service, utilisé en tant qu'aspirateur. Les aspirations ainsi effectuées excitent, en effet, la circulation capillaire et raniment la vitalité dans les parois des foyers phlegmoneux. On prévient, de la sorte, les décollements, on les limite, on accélère, enfin, sensiblement le travail de la résolution et de la réparation.—*Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale.*

Du traitement préventif des affections charbonneuses.—M. BELHOMME lit un travail dont voici les conclusions :

1^o Qu'il y a dans la circulation du sang des insectes infestieux,
2^o Que le charbon surgit tout à coup sous l'influence d'une piqûre, ou d'un développement anormal d'une tumeur avec centre noir, et qu'il peut être suivi de phénomènes graves et de la mort;

3^o Qu'il faut s'efforcer, par une vie régulière et fortifiante,

de maintenir la santé et, par conséquent, le sang dans sa qualité normale ;

4^o Qu'il faut se hâter de cautériser une piqûre de mouche ou de tout autre insecte suspect ;

5^o Qu'il faut redoubler de soins, si l'on exerce une profession qui expose aux piqûres d'insectes ;

6^o Que la dose d'acide phénique est de 15 à 30 gouttes dans un demi-litre de sirop antiscorbutique convenablement préparé ;

7^o Prendre assez souvent les bains sulfureux, et surtout les bains d'Eughien, qui contiennent une quantité supérieure de soufre.

Je termine cet exposé en disant que je pense que mon séjour à Neuilly, hors Paris, depuis trois années, a pu contribuer à me préserver d'un retour à une maladie infectieuse, et que l'addition de l'acide phénique au sirop a pu en être la cause ;

8^o Le sirop antiscorbutique peut rendre de grands services à l'humanité. empêcher qu'une mère soit enlevée pour toujours à ses enfants, et un père à sa famille, qu'il soutient de son travail.—*Bulletin général de Thérapeutique médicale et chirurgicale.*

—

Du signe différentiel entre les différents épanchements pleuraux, séreux et purulents.—M. BACCELLI, de Rome, lit un travail dont voici les conclusions :

1^o Que la vibration sonore dans un fluide est en raison inverse de la densité, de la corpusculation et de l'hétérogénéité ;

2^o Que la faculté conductrice s'amoindrit notamment par la non-homogénéité du liquide et par la corpusculation ;

3^o Que l'hétérogénéité du liquide se mesure à la quantité des débris pseudo-membraneux et des flocons albumino-fibrineux, et particulièrement à la présence des leucocytes, cellules épithélioïdes, pyoïdes et purulentes ;

4^o Que les caractères externes d'un liquide, couleur, épaisseur, opacité, viscosité, n'en démontrent pas toujours fidèlement la nature intrinsèque, laquelle doit être élucidée par l'analyse micro-chimique ;

5^o Que la viscosité d'un liquide, au point d'en devenir extraordinairement filant, ne diminue pas d'une manière notable la transmission des plus faibles sons, lorsqu'il est très-homogène.

—*Bulletin général de Thérapeutique médicale et chirurgicale.*

—

PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALES.

Traitement des ulcères de jambes par le bandage de caoutchouc pur.—Le docteur H. A. Martin, de Boston, donne, dans le *British medical Journal*, une description complète du traitement qu'il préconise pour les ulcères variqueux, et sur lequel il est très important d'attirer l'attention. Depuis longtemps, il les traite par l'application directe sur la peau, d'un bandage roulé en caoutchouc. Voici la manière de procéder :

On prend une bande roulée en caoutchouc aussi pure que possible, mince, de 3 mètres et demi de long sur une largeur de 7 centimètres et demi. On applique sans aucun pansement, mais sur la jambe propre la bande le matin, pendant que le malade est encore au lit. On commence par une circulaire au-dessus des malléoles, on fait un étrier sur le pied, puis au-dessus des malléoles on fait de bas en haut des tours de bande simples, obliquement jusqu'au genou, où le bandage doit s'arrêter. Chaque tour de bande doit empiéter sur le précédent de 1 à 2 centimètres. Le bandage doit être appliqué sans grande constriction, de telle sorte que le patient éprouve du bien-être plutôt qu'un sentiment de malaise. Si par hasard le bandage n'avait pu être mis le matin au lit il faudrait faire coucher le malade pour le lui appliquer.

Le patient doit porter le bandage tout le jour. Le soir, lorsqu'il se met au lit, le bandage est retiré. Le membre et le bandage sont alors baignés de liquides. On essuie le membre avec soin, on applique sur l'ulcère une compresse huilée que l'on maintient en place par quelques tours d'une bande ordinaire.

Le bandage est lavé avec de l'eau propre et suspendu pour qu'on le trouve sec le lendemain pour l'appliquer. Si la sécrétion de l'ulcère est fétide, il est bon de laver le bandage avec de l'eau phéniquée, et la jambe avec un antiseptique qui ne l'irrite pas.

Cette précaution est bonne mais pas indispensable.

Avant de remettre la bande de caoutchouc le lendemain matin il faut essayer avec soin sur la jambe toute matière huileuse ou grasse.

Après quelques jours la peau semble irritée, des follicules s'enflamment et suppurent, après huit ou dix jours la peau devient sensible, rosée, ce qui est due à la macération qu'elle

subit constamment. Peu à peu l'aspect de l'ulcère change et la marche vers la cicatrisation est rapide.

Ce bandage doit être porté jusqu'à cicatrisation complète, et M. Martin montre qu'il est facile pour un hôpital, en prêtant aux pauvres gens la bande suffisante pour le traitement de leurs ulcères, de faire beaucoup de bien à peu de frais. La bande de caoutchouc bien lavée peut servir au même usage pendant un laps de temps considérable. D'après lui, parmi toutes les méthodes conseillées pour traiter les ulcères de jambes sans exiger le repos, aucune ne donne les résultats très-remarquables obtenus par celle-ci.

Nous avons indiqué avec détails cette manière de procéder qui réunit selon nous deux éléments favorables à la guérison de ces ulcères. La compression élastique qui a été conseillée, surtout d'une façon intermittente et avec une pression assez énergique pour que le malade ne put la supporter longtemps, nous l'avons employée avec beaucoup de succès dans plusieurs cas graves.

L'occlusion qui a tant de fois été employée avec succès pour les ulcères variqueux, et dont l'emploi s'est généralisé aujourd'hui par les enveloppements de caoutchouc pour beaucoup de lésions cutanées, surtout pour l'eczéma.

Nous n'oserions pas dire avec l'auteur, qu'aucun ulcère de jambe ne résiste à la méthode, mais nous croyons volontiers qu'il préconise un des moyens puissants contre cette maladie qu'il dit avec raison : *opprobrium chirurgicorum*.—*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*.

—

Extraction d'un corps étranger de l'intestin par la laparatomie—La Société de Chirurgie a écouté avec grand intérêt une communication de M. Studsgaard, de Copenhague, et un rapport de M. Tillaux, sur la possibilité d'extraire les corps étrangers de l'intestin par la laparatomie ou incision de la paroi abdominale, permettant d'arriver directement sur l'intestin. Ce qui lui a inspiré ce travail est la curieuse observation suivante. M. Studsgaard a eu à traiter un homme qui s'était introduit dans le rectum un grand verre à champignons, sorte de bocal allongé; lorsqu'il consulta, on avait pu, au début, reconnaître le corps étranger, mais non l'attirer. Après avoir fendu largement le sphincter, la main introduite dans le rectum avait permis d'atteindre le bocal avec le doigt, mais non de le saisir. Ne pouvant réussir à l'extraire par cette voie, M. Studsgaard, sans éveiller le malade chloroformisé, lui incisa la paroi

abdominale sur la ligne blanche, parvint sur le gros intestin où le bocal était fixé. Après l'avoir attiré vers la plaie, il incisa l'intestin et fit assez facilement l'extractior.

L'intestin fut suturé avec du catgut, puis rentré dans l'abdomen. La plaie de la paroi fut suturée. Les suites furent simples et le malade guérit bien. M. Studsgaard, s'appuyant sur ces succès et sur quelques autres observations, dont une ancienne déjà, pense qu'en certains cas, cette voie pour l'extraction des corps étrangers de l'intestin est préférable à la voie rectale. Il a fait toute son opération par la méthode antiseptique et croit qu'il faudrait agir ainsi. M. Tillaux donne toute son approbation au Mémoire de M. Studsgaard.

M. Verneuil pense qu'il y a là une ressource précieuse; il ne croit pas, comme on l'a dit, que les tentatives d'extraction par le rectum soient inoffensives et, en cas de corps étrangers difficiles à atteindre, il appliquerait volontiers la méthode.

M. Lucas Championnière croit la méthode excellente; elle du reste, eté déjà proposée de la façon la plus nette, on en peut voir des preuves dans un mémoire paru il y a plus de deux ans (*Journal de médecine et de chirurgie pratique*, art. 10365). Le docteur Muscroft de Cincinnati, dans un article où étaient exposées surtout des observations du docteur Eve, avait rapporté l'observation italienne de succès citée plus haut. Un bœuf de bois de 15 centimètres, introduit dans le rectum, était remonté vers le colon, il fut retiré par la paroi abdominale, l'intestin fut suturé et le blessé guérit très-bien. (Observation du docteur Riali d'Orvieto, 1845). L'auteur américain rapportait aussi l'observation où le docteur G. Moode regretta de ne pas avoir suivi le conseil du patient, qui voulait à toute force qu'on lui fît le ventre pour extraire un gobelet d'étain passé dans l'S iliaque et qu'on sentait à travers la paroi abdominale, l'opération fut refusée et le malade mourut. M. Championnière fait remarquer que la laparatomie est aujourd'hui faite couramment en Angleterre, en Amérique et au Danemark. On la redoute peu, elle a donné des succès remarquables pour les invaginations intestinales et les étranglements internes. Faite sous la protection de la méthode antiseptique, c'est une opération peu dangereuse, et comme il est bien vrai que des recherches sur le rectum, quand elles sont laborieuses, sont loin d'être inoffensives, il est tout disposé à admettre que dans un bon nombre de cas, la méthode proposée par M. Studsgaard rendra les services les plus réels.—*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*.

Moyen d'appliquer l'extension aux appareils inamovibles.—Je me suis servi dernièrement, dans le traitement d'une fracture de cuisse, d'un procédé qui, à ma connaissance, n'a pas encore été signalé. C'est l'extension au moyen d'un poids suspendu à un appareil silicaté, jusqu'à sa complète dessiccation. Voici en quelques mots comment j'y ai été amené. Il s'agissait d'un vieillard alcoolique entré à l'hôtel-Dieu de Reims pour une fracture par cause directe du tiers supérieur de la cuisse, qui, pendant le délire de la nuit, défaisait tous les appareils dont on avait essayé.

Je dus me borner à pratiquer l'extension au moyen d'un poids de 10 kilogrammes. Au lieu de me servir pour le fixer de la bandelette de diachylon, j'employai (pour des raisons que je n'ai pas à faire connaître) une forte bande de toile formant étrier par son plein à la plante du pied et dont les chefs remontaient de chaque côté du membre jusque vers la partie fracturée. Une bande roulée fortement serrée maintenait cet étrier par-dessus une épaisse couche de coton. Après dix jours d'extension ainsi pratiquée, le gonflement du membre, qui était considérable, diminua beaucoup, et les fragments restèrent en rapport, malgré l'indocilité du blessé, toujours agité par le délire nocturne.

Craignant, toutefois, pour les articulations et les muscles, les effets trop prolongés d'une si forte traction, j'aurais voulu, à ce moment, remplacer cet appareil par un bandage silicaté et cartonné. D'un autre côté, je craignais qu'avant la consolidation de celui-ci, la coaptation des fragments ne fut compromise par les mouvements du malade. C'est alors que j'eus l'idée d'appliquer le bandage silicaté par-dessus l'étrier et de replacer le poids jusqu'à complète dessiccation du silicate, ce qui fut fait. Trois semaines après, au trente-sixième jour de l'accident, le membre ayant été mis à découvert, je trouvai la fracture parfaitement réduite et déjà consolidée. Le raccourcissement était presque inappréciable, tandis qu'à l'entrée du malade il était (approximativement, à cause du gonflement de la cuisse) de 5 à 6 centimètres.

Je crois que ce procédé peut être substitué avantageusement, dans les fractures difficiles à contenir, à l'attelle de bois employée jusqu'ici pour assurer la réduction jusqu'au durcissement des appareils inamovibles, puisque non-seulement il remplit ce but aussi bien que l'attelle, mais qu'en outre il maintient sinon complètement, au moins jusqu'à un certain point les effets de l'extension.—Dr BELTZ à Reims.—*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

Pansement 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 Tiaret. L'étendue considérable de 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. Pardessus la ouate glycerinée on met une épaisse couche de ouate sèche et le pansement est rarement renouvelé sauf les premiers jours, 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 de 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 du scrotum 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 pharmaceutiques suffisantes, il le pratique avec de l'étope 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 bons résultats 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 Gayon 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.—*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

Du pansement de Lister dans les brûlures.—Le docteur Paul Boyt a observé, dans le service du professeur Verneuil, les heureux effets que retire ce chirurgien du pansement phéniqué dans les brûlures étendues. Aussi, s'appuyant sur ces faits et sur ceux qu'a fait connaître Busch (de Bonn), le docteur Boyt admet les conclusions suivantes :

1^o On modère la réaction inflammatoire qui préside à l'élimination des eschares ;

2^o On prévient certaines complications redoutables, telles que la septicémie aiguë, l'infection putride, etc. ;

3^o La suppuration est diminuée ;

4^o Enfin, nous pouvons conclure, d'après M. le professeur Buch, qu'il n'y a d'éliminé que tout juste ce qui a été mortifié par la chaleur, et enfin que la cicatrice est admirablement lisse et extensible.—(*B. de therap.*, 15 oct. 1878.)—*Lyon Médical.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

Des indications et des contre-indications de l'ovariotomie dans le traitement des kystes de l'ovaire.—M. SIMON DUPLAY a lu, à l'Académie de Médecine, séance du 29 octobre 1878, le travail sus-mentionné. Voici les conclusions de ce travail :

1^o Avant de poser la questions des indications et des contre-indications de l'ovariotomie, le chirurgien doit avoir établi un diagnostic aussi rigoureux que possible, et pratiqué une ponction exploratrice.

2^o Relativement à l'époque où il convient de placer l'ovariotomie je repousse l'opération précoce, et je considère que l'ovariotomie est seulement indiquée lorsque le kyste est devenu, par son volume, un motif de gêne excessive pour les malades, ou, pour les accidents locaux et généraux qu'il détermine, une cause imminente de danger pour la vie.

3° L'ovariotomie tardive, quoique ne devant pas être adoptée comme un règle générale, n'est cependant pas contre-indiquée par l'existence des complications locales et générales les plus graves, telles que . péritonite, inflammation, suppuration, la grosseur du kyste, émaciation extrême.

4° L'ovariotomie est formellement contre-indiquée dans les cas de kyste de l'ovaire compliqués de maladies générales ou locales, indépendantes de la présence du kyste, et susceptibles d'entraîner, par leur évolution ultérieure, la mort des malades.

5° Les diverses conditions locales dépendent de l'état du kyste (parois et contenu), de ses connexions (adhérence), de l'état de péritoine (ascite), ne sont que de médiocre importance, ou point de vue des indications et des contre-indications de l'ovariotomie. Je fais cependant deux exceptions à cette proposition générale : la première est relative aux kystes multiloculaires, à contenu séreux, non albumineux, pour lesquels l'ovariotomie me paraît généralement contre-indiquée; la seconde est relative aux adhérences étendues du côté du petit bassin et des organes qui y sont contenus (utérus, vessie), et qui, surtout lorsqu'elles s'accompagnent d'ascite abondante, indiquent le plus souvent une affection maligne, ou du moins très-complexe. Dans ces cas, sans proscrire définitivement l'ovariotomie, je conseillerais de la retarder autant que possible.

6° Enfin, l'ovariotomie est applicable aux kystes de l'ovaire compliqués de grossesse, lorsque la vie de la mère et de l'enfant est directement menacée par le développement de la tumeur, que la ponction reste sans effet." (Com. MM. Richet, Depaul, Panas.)—*Gazette médicale de Paris.*

De la subérine dans les gerçures du sein.—Le traitement que préconise M. le docteur Brochard contre les gerçures du sein est tellement simple qu'il mérite d'être vulgarisé dans la pratique médicale.

"Lorsqu'une gerçure existe au sein d'une nourrice, quelle que soit son étendue, il faut laver le mamelon avec de l'eau pure et, après l'avoir essuyé, le saupoudrer, ainsi que la gerçure, de subérine qui n'est, tout le monde le sait, que de la poudre de liège impalpable. La subérine, dont je me sers constamment depuis plusieurs années chez les nourrissons, est préférable de beaucoup, dans l'hygiène du premier âge, au lycopode qui n'est qu'une poudre inerte, d'abord parce qu'elle renferme du tannin, ensuite parce qu'elle coûte moins cher, et est d'un prix tout à fait insignifiant, ce qui est une considéra-

tion importante pour un grand nombre de mères et de nourrices. Par dessus la subérine, on met un morceau de baudruche taillé en étoile, au centre duquel on pratique quelques trous avec une aiguille très-fine.

Toutes les fois que l'on veut faire teter l'enfant, on enlève avec de l'eau la subérine et on remet la baudruche au moyen de laquelle le nourrisson tôte sans occasionner de douleur à la nourrice. Lorsque l'enfant a teté, on remet de la subérine, puis la baudruche que l'on enlève de nouveau pour faire teter l'enfant, et ainsi de suite." (*La Jeune Mère*, janvier 1878.)—*Lyon Médical*.

SYPHILIOGRAPHIE.

Réinfection syphilitique; par le docteur C. S. Douaud.—Les cas de réinfection syphilitique bien démontrés ne sont pas tellement nombreux qu'on doive négliger de faire connaître ceux qu'il est donné de rencontrer dans la pratique.

Le *Bordeaux Médical* en a publié une observation qui avait été communiquée à la Société de Médecine et de Chirurgie par le docteur Vénot.

Il s'agissait d'un homme de trente-cinq ans, qui ayant eu, en 1873, un chancre induré, suivi, au bout de quelques mois, d'accidents syphilitiques bien caractérisés, contracta, trois ans et demi après, deux chancres infectants avec pléiade ganglionnaire.

Le mois suivant, M. Vénot constatait une légère céphalée continue, à exacerbations dans l'après-midi, en même temps qu'un peu de courbature, du malaise et des frissons le soir, quelques jours après apparaissait une roseole des mieux caractérisées. Cette seconde atteinte virulente suivit la marche des *veroloïdes* (Diday); toute trace de roséole avait disparu une vingtaine de jours après son apparition. Revu depuis, l'examen le plus minutieux n'a pu faire rien rencontrer qui rappelât une infection syphilitique récente ou ancienne.

Le journal italien *Il Morgagni*, du mois de mai 1878, contient une observation fort intéressante de réinfection syphilitique, publié par le professeur Vincenzo Tanturri, directeur de la Clinique dermatologique et syphilitique de l'Université de Naples, et que nous allons résumer.

Un jeune médecin voit apparaître, treize jours après un coït infectant, trois chancres, deux sur le gland, de chaque côté du

frein, et le troisième sur le prépuce. Quelques jours après, les deux chancre, détruisant une portion du frein, ne formèrent qu'un seul ulcère superficiel; quant au chancre du prépuce, il creusa, et ses bords présentèrent de l'induration. L'ulcère superficiel était guéri que le chancre persistait avec son induration.

Le vingt-sixième jour (21 décembre) après l'apparition des chancre, ce jeune médecin fut pris de fièvre, avec température à 38°5, qu'il prit pour une fièvre intermittente paludéenne; mais, le sulfate de quinine n'ayant produit aucun effet, le malade alla consulter le professeur Tantarri, qui, après avoir examiné les chancre et constate que les ganglions de l'aîne gauche étaient tuméfiés, durs, fusiformes et un peu douloureux qu'il y avait malaise général, prostration des forces, abattement moral et céphalalgie persistante, diagnostiqua des accidents primaires de syphilis avec fièvre syphilitique, et prescrivit le bichlorure de mercure. Après vingt-cinq injections hypodermiques de ce médicament, le malade put reprendre ses occupations; il ne lui restait plus qu'un peu d'induration et d'augmentation du volume des ganglions inguinaux.

Quant au chancre qui avait évolué sur le prépuce, il avait laissé une cicatrice dure et apparente.

Le 14 février, eut avec une prostituée clandestine reconnue plus tard syphilitique. Il en résulta le 13 mars, vingt-neuf jours après, un chancre à bords et à base fortement induré avec ganglions inguinaux augmentés de volume, non douloureux.

17. L'induration diminue, l'ulcération est en voie de cicatrisation.

26. L'induration est plus molle, la cicatrisation presque complète, les ganglions durs. Légère roseole, céphalalgie peu caractéristique.

1er mars. L'induration a encore diminué; céphalalgie continue, plus intense le soir; macules rouge-brun disséminées sur le tronc.

18. Cicatrisation complète, mais induration persistante; les ganglions inguinaux sont toujours volumineux.

Ce cas serait remarquable, ajoute l'auteur, parce qu'il serait le premier exemple connu de reinfection se produisant après le traitement par les injections hypodermiques de sublimé.

A côté de ces deux cas de reinfection, je crois qu'il sera intéressant de placer celui que j'ai observé, et d'étudier en quoi ces trois cas se ressemblent, en quoi ils diffèrent.

En 1869, je fus appelé à donner mes soins à un jeune homme de vingt et quelques années, vigoureux, actif, grand mangeur et grand buveur, porteur d'un chancre dur avec pléiade ganglionnaire, qui fut traité avec la pommade au calomel. Le

suites en furent assez bénignes; une roséole assez légère, quelques acnés du cuir chevelu, quelques plaques muqueuses légères dans la bouche, furent les premiers accidents qui se montrèrent, et qui furent traités dès le début par le proto-iodure et les gargarismes au chlorate de potasse.

Trois mois après le début de ces accidents, nouvelle poussée, précédée et accompagnée de céphalée, je constatai des papules assez abondantes sur le corps, de nouvelles plaques muqueuses à la bouche, des ganglions cervicaux engorgés. Je prescrivis de nouveau le mercure, l'iodure de potassium, et procédai à la cautérisation des plaques avec le nitrate d'argent. Il n'y eut pas d'autres poussées.

Mon ex-malade fit la campagne de 1870-71 sans rien voir de nouveau, et, en 1872, il se maria. Le premier enfant se fit attendre; mais il vint au monde dans les meilleures conditions, et, sans être un enfant vigoureux, il n'est pas maladif. Un second est né quelques années après; plus pâle, plus chétif, il est souvent malade; mais l'un et l'autre sont là pour témoigner de la parfaite guérison de leur père.

Il y a quelques mois, il vint me trouver, à ma consultation, pour me montrer, me dit-il, une éruption de boutons qu'il attribuait à un certain *Rob*, fort vanté à la quatrième page des journaux, et dont il avait absorbé plusieurs flacons *pour se purifier le sang*.

Au premier abord, je crus à un effet de l'élimination de l'iode; mais un examen plus attentif me démontra bientôt que, si l'iode y était pour quelque chose, la syphilis y était pour beaucoup. Le corps était, en effet, couvert de taches de roséole, de nombreuses et larges papules; des macules rouge-vineux se voyaient sur le front, sur le cou; une éruption impétigineuse couvrait de croûtes le cuir chevelu; enfin, des plaques muqueuses se montraient à l'anus et dans la bouche et complétaient le tableau.

Bien que mon malade n'ait jamais voulu m'avouer où et comment il avait contracté un chancre; bien qu'il me niât en avoir eu un récemment, il ne me fut pas difficile de lui prouver que je n'étais pas dupe de ses protestations et que je ne croyais nullement à une histoire de pipe suspecte fumée par lui. Il portait encore sur sa verge la cicatrice indurée d'un chancre infectant récent.

Je prescrivis immédiatement le sirop de Gibert et des toniques, recommandant la plus grande réserve en ce qui concernait les rapports conjugaux. Malheureusement, ma recommandation venait trop tard: la contamination avait déjà eu lieu. J'avais deux syphilitiques à soigner au lieu d'un.

Malgré le sirop de Gibert, des douleurs ostéocopes et une céphalée intense s'exacerbant la nuit, vinrent compliquer la situation et m'obliger d'ajouter au traitement une solution d'iodure de potassium, qui les fit disparaître assez rapidement.

Au bout de trois mois, mon malade allait assez bien; il partit pour les bains de mer; mais je ne devais plus le revoir. Quinze jours après il succombait à des accidents thoraciques et cérébraux assez mal définis et qui marchèrent avec une grande rapidité.

La syphilis ignorée de sa femme et des médecins qui l'ont traité, non avouée par le malade, a-t-elle influé sur cette mort rapide, imprévue? Je ne puis que poser ce nombreux point d'interrogation.

Quoiqu'il en soit, ce cas offre ceci de particulier, que, contrairement à ce qui se passe dans la plupart des réinfections la deuxième syphilis a été plus intense que la première: ce n'est pas une *verole de* que j'ai eu à traiter chez mon malade comme dans les deux cas que j'ai résumés plus haut, mais bien une *seconde vérole*.

Le long espace de temps qui a séparé les deux maladies doit donner l'explication de l'intensité avec laquelle la seconde s'est manifestée. Il aurait été curieux de savoir ce qu'elle serait devenue dans la suite; une mort prématurée ne l'a pas permis.
—*Journal de médecine de Bordeaux.*



Traitement de la syphilis par l'excision du chancre induré.—On dit généralement que la destruction du chancre par les caustiques, ou son ablation par le bistouri n'empêche pas le développement des accidents constitutionnels. Toutefois, étant donné que c'est là la règle, elle aurait de nombreuses exceptions si l'on s'en réfère aux expériences du professeur Auspitz, de Vienne, dont nous donnons les résultats.

33 malades furent traités par l'excision, simplement à l'aide de ciseaux. L'auteur opérait d'après les règles de la méthode antiseptique et sous le jet d'acide phénique pulvérisé. Toute induration était soigneusement enlevée. Quand il le fallait, on mettait des points de suture, sinon on réunissait la plaie à l'aide de bandelettes agglutinatives, et on pansait avec de la cuate phéniquée. Les résultats ont été ceux que nous allons indiquer et ils ont donné lieu aux conclusions suivantes:

1^o Dans 4 cas où l'induration s'établit sur un chancre mou, les malades n'eurent aucun accident constitutionnel.—2^o L'induration indolente des glandes lymphatiques resta limitée à

celles de ces glandes qui avaient été primitivement envahies.—3^o Toutes les fois que l'induration ne reparut pas au niveau de l'excision, il n'y eut pas d'accidents constitutionnels.—4^o Le phragédénisme survenu après l'excision n'empêcha pas le développement des symptômes constitutionnels.—5^o Puisque dans plusieurs cas de chancre induré, il n'y eut pas d'accidents constitutionnels après l'ablation, c'est une preuve que l'induration n'est pas liée à l'infection, mais qu'elle représente plutôt un dépôt primitif dans lequel l'organisme puise les germes de son infection. Le même raisonnement peut s'appliquer à l'adénite inguinale, qu'il y a lieu de distinguer de l'hypertrophie ganglionnaire généralisée de la dyscrasie syphilitique. En effet, dans presque tous les cas traités par l'excision, où les accidents constitutionnels manquèrent, les ganglions inguinaux étaient manifestement gonflés.—6^o La réapparition de l'induration sur la plaie d'excision, dans ces cas où les symptômes secondaires se développèrent, n'indique pas que le poison circulait dans l'économie; c'était plutôt la conséquence d'une action locale des produits d'infection restés dans la région qu'occupait le chancre, soit parce que l'opération n'avait pas été bien faite, soit à cause de l'altération syphilitique des vaisseaux du voisinage.—7^o De nouvelles expériences sont nécessaires pour établir si, dans les cas où la syphilis se développe malgré l'excision, cette opération exerce une influence sur la nature ou la durée des manifestations constitutionnelles. Il a paru que dans quelques cas l'influence avait été manifeste.—8^o L'excision doit être recommandée à titre de mesure prophylactique dans les circonstances suivantes: quand l'induration date de peu de temps; quand il n'existe pas d'autres accidents qu'une hypertrophie indolente des ganglions inguinaux, et dans les cas où le chancre, par sa situation, facilite l'opération. A l'égard de cette dernière condition, on peut dire que les chancres du corps du pénis ou du prépuce sont mieux situés que ceux du gland ou du sillon balanique.—(*Journal de thérapeutique*, 10 octobre 1878.)—*Lyon Médical*.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE.

Formules pour injections sous-cutanées.

Nous extrayons d'un petit pamphlet publié par C. J. Power "Druggist's Circular and Medical Gazette," les formules suivantes, qui trouveront leur utilité dans les cas où l'on jugera propos d'administrer des médicaments par la méthode hypodermique.

Acide benzoïque. R.—Acide benzoïque, 1 partie; alcool 12 parties. Faites dissoudre.

Aconitine. R.—Aconitine 3 grains, eau 30 minimes. Mêlez et filtrez. Chaque minime représente un-centième de grain d'aconitine. On peut en injecter de 3 à 6 minimes par dose.

Apomorphine (muriate d'). R.—Muriate d'apomorphine, trois grains, eau distillée, 300 minimes. Mêlez et filtrez. Chaque minime contient un-centième de grain d'apomorphine. 10 ou 11 minimes peuvent être injectés en une seule dose comme émétique dans les empoisonnements par l'opium.

Atropine (sulfate d'). R.—Sulfate d'atropine, 3 grains, eau distillée, 300 minimes. Mêlez et filtrez. Chaque minime contient un-centième de grain d'atropine, 1½ à 3 minimes peuvent être injectés en une dose.

Ammoniaque, 1 partie; eau distillée, 2 parties. Injectez en demi seringue ou plus pour réduire l'effet toxique produit par la morsure d'un serpent venimeux. (Halford.)

Camphre. Rp.—Camphre 1 partie, alcool 12 parties. Faites dissoudre et filtrez. (Rhode.)

Quinine, sulfate et muriate. R.—Sulfate de quinine 15 grains; eau distillée 154 minimes; acide sulfurique arom. q. s. Faites dissoudre et filtrez. Chaque minime contient un-douzième de grain. De 5 à 14 minimes peuvent être injectés en une dose.

Chloral hydraté. R.—Chloral hydraté 75 grains; eau distillée 75 minimes. Faites dissoudre et filtrez. Chaque minime contient un grain de chloral. Le médecin devra spécifier la dose suivant les cas.

Cafféine. R.—Cafféine 7½ grains; esprit de vin 75 minimes; eau distillée 75 minimes. Mêlez et filtrez. Chaque minime

- contient un vingtième de grain du remède. On peut injecter de 4 à 15 minimes par dose.
- Conicine*. R.—Conicine 1 grain; esprit de vin dilué 60 minimes; eau distillée 60 minimes. Mêlez et filtrez. Chaque minime contient un cent-vingtième de grain de conicine. Injectez de 2 à 4 minimes par dose.
- Curare ou Woorara* R.—Woorara 3 grains, eau distillée 300 minimes. Mêlez et filtrez. Chaque minime contient un centième de grain. Injectez de 4 à 9 minimes par dose.
- Extrait d'opium* R.—Extr. aqueux d'opium 5 grains, eau 10 minimes. Mêlez. Chaque minime contient un demi grain. Injectez de 1 à 2½ minimes par dose (Lebert).
- Ergotine* R.—Extrait d'Ergot 38 grains dissous, dans 114 minimes d'alcool dilué et 114 de glycérine. Chaque minime représente un-seizième de grain. Injectez de 5 à 12 minimes par dose. On peut au-si dissoudre l'extrait dans une quantité égale d'eau distillée et en injecter 1 minime ou plus.
- Sublimé corrosif* R.—Sublimé corrosif 3¼ grains, eau distillée 375 minimes. Mêlez et filtrez. Chaque minime contient un-centième de grain. Injectez de 5 à 10 minimes par dose.
- Biniodure de mercure* R.—Biniodure de mercure 3¼ grains, iodure de potassium 45 grains, eau distillée 375 minimes. Triturez ensemble le mercure rouge et la potasse, puis ajoutez l'eau et filtrez. Chaque minime contient un-centième de grain de biniodure de mercure. Injectez de 7 à 10 minimes par dose.
- Iodure de potassium* R.—Iodure de potassium 75 grains, eau distillée 225 minimes. Mêlez et filtrez. Chaque minime contient un tiers de grain. Injectez de 5 à 10 minimes par dose.
- Morphine, sulfate, acétate ou muriate* R.—Morphine 1½ grain, eau distillée 75 minimes. Chaque minime contient un cent-vingtième de grain. Injectez de 4½ à 7½ minimes par dose.
- Solution hypodermique de morphine et d'atropine de Didama*. R.—Sulfate de morphine 24 grains, sulfate d'atropine 1 grain, huile d'amandes amères 1 goutte, eau 2 onces. Mêlez et filtrez. 10 minimes contiennent un quart de grain de morphine et un quatrevingt-seizième de grain d'atropine. L'expérience a démontré que ces deux quantités se contrebalancent de façon à ce que la morphine produise son effet anodin sans nausées. L'huile d'amandes amères empêche la solution de devenir trouble.
- Nicotine*. R.—Nicotine un demi grain, eau distillée 2 drachmes.

1 minime contient un deux cent-quarantième de grain. 4 minimes, soit un soixantième de grain est une dose convenable.

Espirit d'Ether. R.—30 à 40 gouttes (divisées entre les quatre extrémités comme excitant).

Strychnine sulfate ou nitrate. R. — Sulfate de strychnine 3 grains, eau distillée une once. Mêlez. Chauffez dans une éprouvette jusqu'à ce que les cristaux disparaissent, et mieux, triturez dans un mortier et ajoutez l'eau. 5 minimes représentent un quarante-huitième de grain.

Teinture de chancre indien. R.—Teinture de chanvre indien, eau distillée, parties égales. Injectez de 4 à 11 minimes (Eutenberg).

Teinture d'opium. R.—Teinture d'opium de 3 à 11 minimes.

Vératrine. R.—Vératrine un demi grain, eau 50 minimes, alcool dilué 50 minimes. Mêlez. 1 minime contient 1 deux cent-vingtième de grain. Injectez de 4 à 10 minimes.

Les injections sous-cutanées sont aussi employées pour produire une irritation locale sur un point quelconque du périoste, agissant par là comme révulsifs et reproduisent ainsi une tumeur, une substitution parenchymateuse d'après Lutz. Lutz recommande à cet effet, le sel commun, l'alcool, la teinture d'iode, la teinture de cantharides, le sulfate de cuivre et le nitrate d'argent. La méthode hypodermique a été employée récemment contre les néoplasies, ou emploie dans ces cas les remèdes suivants :

Acide acétique. R.—Acide acétique 1 partie, eau 5 parties. Injectez 30 gouttes dans une enflure (Broadbent).

Nitrate d'argent. R.—Nitrate d'argent 30 grains, eau distillée une demie once. Chaque minime contient un huitième de grain de nitrate d'argent. Thiersch recommande de faire suivre immédiatement l'injection de nitrate d'argent d'une injection de sel commun en solution dans l'eau.

Teinture d'iode. R.—Teinture d'iode 1 partie, eau 50 parties. Ou bien injectez 3 ou 6 gouttes ou même plus, de teinture d'iode non diluée dans les cas d'affections strumeuses et de gonflement chronique des glandes lymphatiques (Lach). On peut remplacer la teinture d'iode par une solution d'iode et d'iodure de potassium qui est moins douloureuse. R: Iode 7 grains, iodure de potassium 35 grains, eau 77 grains. Les injections le plus récemment préconisées sont contre l'hypertrophie des amygdales sous la muqueuse. On emploie soit une solution d'iodure de potassium, 1 écus 50 (Takenbouitz) ou d'iode dans l'iodure de potassium.

Iode 2 grains, iodure de potassium 38 grains, eau 463 gouttes (Rumbold). Une solution d'iode dans la glycérine, 1 ou 2 parties d'iode pour 100 parties de glycérine (B. Fränkel). Thiersch et Missbaum ont employé la pepsine en solution à titre d'essai.

Alcool rectifié. R.— $\frac{1}{4}$ à $\frac{1}{2}$ seringue contre le scrofule (Schwabe). D'après les récentes expériences de Menzel et Perco les injections sous-cutanées peuvent probablement être utilisées pour l'absorption de substances nutritives, puisque les graisses, le lait et le jaune d'œuf sont absorbés par le tissu sous-cutané. — *Richmond & Louisville Medical Journal.* — *The Hospital Gazette and Archives of Chemical Surgery.*

De la teinture d'ergot de seigle en injections sous-cutanées contre la rétention inorganique d'urine.— M. Luton (de Reims) emploie de la teinture d'ergot au cinquième avec de l'alcool à 90°, à des doses variant de 0,50 à 2 grammes. 1 gramme de cette solution équivaut à 0,20 de la poudre d'ergot.

Il s'en est servi chez des typhiques, à vessie paralysée; dans des cas de variole confluyente, d'hydrocéphalie aiguë. Il faisait son injection dans la fossette en arrière du grand trochanter. Une demi-heure après l'injection commençait l'émission d'urine complète, énergique; parfois même elle se faisait au bout de quelques minutes; il n'a jamais observé d'eschare à la peau, ni d'abcès gangréneux.—(*Rev. des sc. médic.*, 15 octobre 1878.) — *Lyon Médical.*

VARIÉTÉS

De l'embaumement en général et du nouveau procédé d'embaumement des cadavres sans ouverture des cavités avec le thymol; par le docteur WYWONZEFF (de Saint-Petersbourg).—Après avoir fait l'historique de l'embaumement chez les Égyptiens et avoir passé en revue les différentes matières qu'ils employaient à cet effet, de la momification des cadavres et des embaumements chez les peuples du sud-ouest de l'Asie et du nord de l'Afrique (les Perses, les Scythes, les Éthyopiens, les Juifs, etc.), chez les Grecs, les Romains, chez les anciens habitants des îles Canaries (Guan-chios), de l'Amérique et au moyen-âge, l'auteur examine les procédés employés au seizième siècle par A. Paré et Santorelli,

au dix-septième siècle par Blancardus, Louis de Bils et Louis-Pénitcher, au dix-huitième siècle par Scent-Pétert, Gringuil, W. Hunter et Schlemm, au dix-neuvième siècle par Peltan, Chaussier, Béclard, Larrey, Graeffe, Ritter, Franchina, Schilling, Gannal, Sucquet, Duprès, Nawalikhine, Budge, et fait la description minutieuse de son nouveau procédé d'embaumement.

Déjà, en 1870, l'auteur avait eu recours à l'acide phénique pour embamer le cadavre de feu Wart, attaché à l'ambassade des Etats-Unis à Saint-Petersbourg. Le manuel opératoire qu'il employa alors, fut, à peu de choses près, le même auquel il s'est arrêté définitivement aujourd'hui. Le docteur Wywodzef se contente d'ouvrir les artères carotides et crurales, et introduit dans leurs incisions des canules en T. Ces dernières sont adaptées à un tuyau en caoutchouc, lequel fait partie d'un appareil spécial, inventé par l'auteur, et qui sert de réservoir au liquide à injecter. Cet appareil consiste en un bocal en verre, de 17 centimètres de longueur sur 14 centimètres de largeur, qui peut contenir 2 litres de liquide, lequel en est chassé au moyen de l'air comprimé. Le bocal est fermé en haut, hermétiquement, par un couvercle en cuivre, fixé, au moyen de six tiges et d'autant d'écrous, à un support massif en cuivre. Le couvercle est muni : 1^o d'un entonnoir avec robinet pour faire entrer les liquides à injecter dans le bocal ; 2^o d'un tuyau en cuivre avec robinet pour faire sortir l'air au moment où l'on verse le liquide dans le bocal ; 3^o d'une pompe aspirante et foulante servant à comprimer l'air dans le bocal. Dans le support même de la tige de la pompe aspirante et foulante se trouve un tuyau en verre, dont une partie verticale va jusqu'au fond du bocal, et l'autre, horizontale, aboutit à un tuyau en caoutchouc. Cette dernière partie est munie d'un robinet et d'un manomètre qui montre le degré de compression d'air, et, par suite, la force avec laquelle on injecte les liquides dans le cadavre. Pour plus de sécurité, la partie horizontale du tuyau en verre est placée dans un tuyau en cuivre, lequel est soudé au support de la pompe aspirante et foulante. Le manomètre est également dans un tuyau en cuivre avec couverture, sur lequel sont gravés les degrés de pression atmosphérique.

Après de nombreuses expériences faites sur des animaux morts et des cadavres humains de différents âges et avec divers liquides, tels que l'acide phénique, l'acide salicylique et le thymol, l'auteur est arrivé aux conclusions suivantes :

1^o La solution de thymol dans l'eau et la glycérine est la meilleure pour injecter, soit les cadavres entiers, soit une extrémité, soit un organe quelconque.

2° L'acide salicylique garantit également le cadavre de la putréfaction, mais à la condition que sa solution soit en contact immédiatement avec toutes les parties de la substance organique.

3° La quantité de liquide nécessaire pour un embaumement est égale, à peu de chose près, à la moitié du poids du cadavre.

4° L'embaumement ne réussit pas si l'on ouvre les cavités splanchniques, voire même si l'on fait une incision inutile.

5° L'injection du liquide doit se faire lentement, afin qu'il pénètre doucement dans les vaisseaux. Cette condition essentielle est le mieux remplie au moyen de l'appareil de l'auteur.

6° Pour injecter un membre quelconque, il faut préalablement tremper sa partie dénudée dans de l'eau bouillante et boucher le canal de l'os avec un bouchon.

7° Il faut faire les incisions des veines jugulaires et crurales aux mêmes endroits où se font les incisions des carotides et artères crurales. Au moment de l'injection du liquide à embaumer dans les artères, il faut laisser sortir le sang veineux par les incisions sus-mentionnées jusqu'à extinction, c'est-à-dire jusqu'à l'apparition du liquide injecté, dont on arrête l'écoulement au moyen des ligatures posées au-dessus et au-dessous des incisions veineuses.

8° Pour embaumer le cadavre d'un adulte, il faut introduire les canules en T, non-seulement dans les carotides, mais encore dans une ou dans les deux artères crurales.

9° Il faut ouvrir la trachée, y mettre un bouchon et la serrer fortement au moyen d'une ligature au moment où, vers la fin de l'embaumement, le liquide commence à sortir par la bouche et les narines.

10° Il faut arrêter l'injection lorsque les capillaires de la peau sont injectés, et que, dans l'appareil, le liquide ne descend plus à cinq atmosphères. Si une partie du cadavre s'injectait mal, il faudrait recourir à l'injection partielle par une des artères principales de cette partie.

11° On doit arrêter l'injection du cadavre de l'enfant ou d'une de ses parties lorsque le liquide ne descend plus dans l'appareil même sous la pression de trois atmosphères pour l'un et deux-trois atmosphères pour l'autre.

En terminant notre résumé de l'excellent et consciencieux travail du docteur Wywodzeff, nous ajouterons que l'auteur a embaumé, par son procédé, entre autres, le corps de l'ambassadeur chinois à Saint-Petersbourg, Anson Berlingham, du prince Mestcherski, tué au combat de la Chipka, et de San-Martino, attaché auprès du grand-duc Nicolas, et que les cadavres examinés plus tard ont été trouvés en parfait état de conservation.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

MONTREAL, JANVIER 1879.

Comité de Rédaction :

MESSIEURS LES DOCTEURS E. P. LACHAPPELLE, A. LAMARCHE
ET S. LACHAPPELLE.

Admission à la pratique de la Médecine.

BUREAU CENTRAL D'EXAMEN.

Dans notre livraison de décembre, nous appelions l'attention du Bureau des Gouverneurs sur la manière dont la loi concernant l'admission à l'étude de la médecine et celle à propos du nombre et de la durée des cours étaient appliquées, il nous reste encore, pour compléter notre tâche, à dire un mot de système des assesseurs.

Le Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, comme toute corporation régulière, a le droit de contrôler lui-même l'admission de ses membres, et c'est en vertu de ce droit que fut organisé le système actuel des assesseurs: non pas que tous fussent convaincus d'avance de son efficacité, mais plutôt à titre de compromis entre les droits du Collège et les privilèges des Universités. Il renonce difficilement à d'anciennes habitudes, surtout quand elles se parent du titre de privilège. Il fallut donc accepter ce système comme bon jusqu'à preuve du contraire, il fallut composer et de deux maux choisir le moindre

“Tantæ molis erat Romanam condere gentem.”

Il y a déjà deux ans que les examens sont contrôlés par le système en question; et certes, si on ne l'envisage que sous un point de vue spéculatif, on peut être d'accord que c'était bien imaginé.

Mais sous le point de vue pratique, nous sommes en mesure de juger de son efficacité par ses œuvres, et assurément l'événement n'a pas rempli les prévisions des promoteurs de ce système, et nous sommes encore à nous demander s'il a produit un seul, le moindre avantage pratique.

Le rôle d'assesseur est extrêmement délicat et n'a certes rien

d'enviable dans l'état actuel des choses. D'un côté il est très-difficile aux assesseurs, sinon impossible de s'assurer si la loi est exécutée, il faudrait pour cela n'interroger que deux élèves en même temps, or il n'en est pas ainsi, et puis est-il un élève assez dépourvu d'intelligence pour rester à *quia* sur une question posée par un interrogateur complaisant qui par ses gestes, ses intonations, ses réticences, lui dicte une réponse qui pour être muette n'en est pas moins explicite? L'assesseur a le droit, nous dira-t-on, d'interroger lui-même les élèves. Évidemment, et c'est précisément là où le système magnifique en théorie est nul en pratique. L'assesseur n'interroge pas, ou s'il le fait, c'est *pro forma*. Supposons même le cas où un assesseur constate en lui-même que la loi n'a pas été exécutée et que tel élève doit être refusé, il ne lui est ni agréable, ni facile de faire un rapport défavorable et d'apposer son veto, et chacun sait pourquoi mieux que nous n'aimerions à le dire. On ne veut pas être taxé de favoritisme, de dureté, de pédantisme, on s'abstient... et on a peut-être raison, car l'assesseur n'est pas en position de juger avec impartialité... impunément, la preuve en est que jusqu'à présent on a choisi pour remplir cette fonction des médecins instruits et dignes de confiance et que cependant, aujourd'hui comme autrefois, on admet à la pratique des élèves d'une ignorance profonde qui vont grossir les rangs du charlatanisme. Combien sont encore admis à la pratique, qui n'ont rempli aucune des exigences de la loi, tant sous le rapport du nombre et de la durée des cours qu'ils ont à suivre, que sous celui de leur admission à l'étude de la médecine et du nombre d'années pendant lesquelles ils ont à étudier la médecine.

À part cela, il y a encore la question pécuniaire. il est bon de se rappeler que chacun des assesseurs reçoit un salaire quotidien (bien légitime nous n'en doutons pas) de dix piastres ou à peu près par jour. Or, dans certaines universités, il y a quatre examens par année, il en résulte une note très-onéreuse et sans profit pour le Bureau qui n'est pas riche, tant s'en faut.

En conséquence de ce qui précède, nous croyons qu'il serait avantageux et urgent de revenir au système proposé par les promoteurs du Bill actuel et d'organiser un Bureau central d'examen nommé par le Collège et composé d'un nombre déterminé de professeurs de chacune des Universités et d'un certain nombre de médecins choisis en dehors des dites Universités.

D'après ce système les diplômes universitaires seraient purement honorifiques, et il n'y aurait désormais qu'une seule porte pour entrer dans la profession. Ce système offre sans

doute des difficultés d'exécution, mais d'autre part c'est celui qui offre le plus de garanties de travail de la part des élèves, d'impartialité de la part des examinateurs, de protection pour la profession et de progrès pour la science. La grande difficulté consiste en ce que chaque université préfère régler ses affaires en famille et n'avoir de comptes à rendre à personne, mais là comme ailleurs les intérêts généraux doivent primer les intérêts particuliers. C'est le conflit des intérêts de clocher, l'ambition d'attirer le plus grand nombre d'élèves, qui font que souvent l'on est si peu exigeant sur les qualifications de ceux que l'on admet à la pratique de la médecine, et que l'on confie aux élèves ignorants et paresseux comme aux élèves studieux et savants les mêmes honneurs et les mêmes privilèges. Voilà ce qui retarde le progrès chez nous, et voilà ce qu'il nous faut supprimer si nous voulons marcher en avant.

C'est là le système qu'a adopté le Barreau, et personne ne s'en plaint, ni les universités, ni le public, et même pour la médecine dans la province d'Ontario, ce système a été établi et y a déjà plusieurs années, et on s'en trouve tellement bien, et on est tellement convaincu de sa supériorité que le Collège de cette province refuse de reconnaître la licence du nôtre tel que nous n'avons pas adopté le même système. On peut se dire autant de la Belgique, qui possède quatre universités avec un bureau d'examen unique.

Qu'on fasse abstraction des intérêts particuliers et il est facile de se convaincre qu'un tel système serait ici une protection pour la société, pour le corps médical et pour les universités, nous en aurions fini du règne des passeroles et du favoritisme, et nous ne verrions pas notre loi médicale fonctionner dans beaucoup de cas comme les décrets du Bureau de Santé.

Société Médicale de Montréal.

Séance du 11 décembre 1873.

Présidence du Dr Rottot.

Membres présents. MM. A. Dagenais, A. Brosseau, E. P. Lachapelle, E. Desjardins, F. Filiatrault, E. Berthelot, A. Demers, A. Ouimet, A. Laramée et S. Lachapelle.

La Société Médicale a appris avec regret la mort de M. le Dr Meilleur, premier surintendant de l'Éducation dans la Province de Québec. M. le Dr Meilleur après avoir consacré les premières années de sa vie à l'étude et à la pratique de la médecine

decino s'était depuis longtemps dévoué uniquement à la noble cause de l'éducation. La Société Médicale présente ses plus sympathiques condoléances à la famille du regretté défunt, s'engage à porter le deuil pendant un mois et prie son secrétaire de transmettre copie des présentes résolutions à la famille de son le Dr Meilleur.

La lecture du Dr Laramée sur le jaborandi dans quelques épanchements pleurétiques, qui est publiée aujourd'hui dans notre journal donne lieu à une discussion à laquelle prennent part les membres suivants.

Dr E. Desjardins.—L'écorce de la tige renferme autant de pilocarpine que les feuilles. Vulpian prépare l'infusion du jaborandi la veille du jour qu'il doit s'en servir. Albert Robin se sert de ce médicament dans la maladie de Bright, le jaborandi elimine une quantité considérable de l'urée qui se trouve alors dans le sang et produit ainsi des effets salutaires. D'autres (Sidney, Gould) s'en servent pour augmenter la sécrétion du lait. Vulpian et Gubler prétendent qu'il a une grande action sur les sécrétions pancréatiques et biliaires. Ces deux savants sont d'opinion différente sur le *modus operandi* de ce médicament.

L'ésérine est remplacée aujourd'hui par la pilocarpine. C'est un grand avantage vu les difficultés d'usage et le haut prix de l'ésérine. M. Hieker prône la révolution qui se fait contre l'atropine qui doit être remplacée par l'ésérine et par la pilocarpine. C'est là toute une révolution en ophthalmologie. Dans l'opération de la cataracte, l'enclavement de l'iris a déjà été amené par l'atropine. Depuis l'usage de l'ésérine on ne rencontre pas cet accident.

Dr Dagenais corrobore l'authenticité d'un des cas du Dr Laramée, et dit que si le jaborandi agit sur toutes les glandes, c'est un dérivatif puissant que nous devons être heureux de posséder.

Dr E. P. Lachapelle.—J'ai pu constater par moi-même que l'un des malades mentionnés dans la lecture du Dr Laramée avait été guéri par le jaborandi. Voici quelques notes sur les effets du jaborandi observés par le Dr Kahler. A petite dose ce médicament diminue la pression du sang d'abord, et augmente ensuite la rapidité du pouls. A haute dose il produit l'effet inverse. Le jaborandi, quoique placé comme l'antidote de l'atropine, n'est pas si sûr dans ses effets. Le Dr Kahler préfère les injections hypodermiques. Il recommande l'essai du jaborandi dans la bronchite, l'empoisonnement métallique et spécialement aussi dans la parotidite.

Dr Sév. Lachapelle.—Le jaborandi est encore si nouveau, que le peu que l'on en connaît doit avoir son utilité. Dans

des expériences faites récemment le Dr Vulpian conclut que la pilocarpine agit plus sûrement sur les glandes salivaires que sur les glandes sudorales, et est porté à croire comme d'autres savants qu'il doit y avoir dans le jaborandi, un autre alcaloïde qui agirait plus particulièrement sur ces dernières glandes. Le Dr Laramée accorde la préférence au jaborandi plutôt qu'à la thoracanthèse dans les épanchements pleurétiques. J'ai cependant dans mes notes le rapport d'un médecin qui certifie avoir guéri la majorité des cas d'épanchements pleurétiques qu'ils opérés par la thoracanthèse aspiratrice, et cela par une seule ponction, sans drainage, sans injection détersive. Il est vrai que c'était chez des enfants au dessous de dix ans qui se trouvent dans des circonstances avantageuses. Le fait n'en mérite pas moins d'être constaté.

Dr Rottot.—Les éloges que l'on donne au jaborandi sont tellement beaux que je crains beaucoup que celui-ci ne puisse soutenir sa réputation. Faire disparaître l'effusion pleurétique en quelques jours, même en quelques heures, est chose extraordinaire. Il faut quelquefois être septique. Quel est le *modus operandi* de ce nouveau médicament. Si c'est par sa seule action sur les glandes salivaires et sudorales qu'il est si avantageux pourquoi un autre remède qui produirait les mêmes effets ne serait pas aussi bon. Je ne crois pas à cette seule action qu'on lui donne, il doit y en avoir une autre inconnue. On prétend qu'il augmente la sécrétion de toutes les glandes de l'économie. Je doute qu'il produise tant d'effets. Néanmoins le jaborandi mérite l'attention et nous ne devons manquer aucune occasion de l'expérimenter.

Dr Dagenais.—En pratique, on serait souvent embarrassé si fallait employer seulement les remèdes dont on connaît le mode d'action. Par exemple, tout le monde reconnaît que la quinine est antipériodique, cependant peut-on se rendre compte de son *modus operandi*? J'avoue que les effets du jaborandi sont extraordinaires, mais est-ce que les faits ne sont pas concluants? Si ce remède agit sur toutes les glandes on peut s'expliquer, jusqu'à certain point son action efficace. Nous avons bien les diurétiques qui agissent spécialement sur les reins, les diaphorétiques sur les glandes sudorales, etc., etc., je ne vois pas pourquoi la matière médicale ne posséderait pas un agent dont l'action s'exerçant sur toutes les glandes de l'économie, aurait des résultats en proportion de cette action énergique.

Dr E. P. Lachapelle.—Étant donné un malade chez lequel on constate un épanchement considérable avec ses inconvénients si on lui administre du jaborandi et si après quelques heures l'épanchement est diminué et que les symptômes se sont am-

liorés, il est évident que le remède a agi directement d'une manière particulière et si à ce premier cas, il vient s'en ajouter d'autres également bien observés et donnant les mêmes résultats avec le même remède, il faut se rendre à l'évidence des faits quand même on ne pourrait pas s'expliquer le mode d'action de l'agent thérapeutique employé. Du reste, il en est ainsi de plusieurs médicaments employés tous les jours.

Dr Berthelot nous dit que le Dr Gubler donne le jaborandi trois ou quatre fois par jour quand il s'en sert dans les cas mentionnés. Gubler ni Vulpian n'ont jamais prétendu guérir avec une seule dose de jaborandi un épanchement pleurétique. Ce n'est pas non plus pour eux un remède unique. On fait l'infusion des feuilles la veille du jour qu'on doit s'en servir.

Dr Laramée.—Si M. le Dr Rottot exprime autant de doutes sur les vertus du jaborandi, je ne crains pas de déclarer que c'est parce qu'il se laisse aller à l'impression du moment, car si M. le docteur eut déjà expérimenté ce remède il n'hésiterait pas de lui reconnaître les propriétés que lui ont trouvées ceux qui l'ont étudié particulièrement. Les cas de succès que je viens de rapporter ont gagné ma confiance entière dans le traitement des épanchements pleurétiques avec le jaborandi. Quant au *modus operandi* du médicament je dis que j'accepte l'hypothèse dont je vous ai parlé, parce que je la trouve rationnelle. En supposant que ce mode d'action ne serait pas admissible, ça ne change rien au résultat thérapeutique. Je suis heureux d'annoncer que le jaborandi m'a donné entière satisfaction dans les cas que j'ai rapportés et j'engage mes confrères de l'essayer quand il s'en présentera des occasions. Du reste, ceux qui en France surtout, l'ont expérimenté sont des hommes connus si favorablement dans la science qu'on peut accepter leur témoignage sans crainte. L'épanchement pleurétique étant une affection qui favorise les tubercules pulmonaires, il est urgent de combattre promptement cet ennemi. Le jaborandi est un médicament aussi facile qu'innocent qu'on peut opposer avec confiance à cette maladie.

Il est proposé par M. le Dr E. P. Lachapelle, secondé par M. le Dr Ed. Desjardins, que des remerciements soient votés à M. H. Gray, pharmacien de cette ville, pour l'obligeance qu'il a eue de fournir à la Société des échantillons de préparations de jaborandi.

Le Dr E. P. Lachapelle lecturera à la prochaine séance sur le cancer de la glande thyroïde.

Puis la séance est levée.

DR SÉVERIN LACHAPELLE,
Sec.-Trés. S. M.

Lactopeptine.—Cette préparation est un composé de pepsine, de pancréatine, de diastase ou ptyaline végétale, d'acide lactique et hydrochlorique, de sucre et de lait. Son usage est aujourd'hui très répandu en Angleterre et en Amérique dans le traitement de la dyspepsie, et aussi de la débilité chez les enfants. Tous ceux qui l'ont employé jusqu'à ce jour louent hautement ses propriétés thérapeutiques. C'est un excellent remède dans le traitement de la gastrite, des vomissements de la grossesse, de la dysenterie et de la diarrhée des enfants. Elle paraît agir bien plus efficacement que la pepsine dans le traitement des diverses espèces de dyspepsies.

Tromer malt extract.—Nous désirons attirer l'attention de nos lecteurs sur cette préparation déjà bien connue. L'extract de houblon (malt extract) occupe une place importante dans la thérapeutique de nos jours. Parmi les auteurs qui font valoir ses avantages nous citerons Niemeyer, Oppolzer, Werber, Bock, Hoppe-Seyler, Heimerdinger, Juergensen, Shroeder et Ziemssen, *en Allemagne*; Trousseau, Gosselin, Hardy, Maudit et Pillois, *en France*; Ramaglia, Tista, Tartaglia, *en Italie*; Aitken, Austin, Richardson, Chambers et Tompson, *en Angleterre*.

L'expérience a justifié les espérances que l'on avait fondées sur les propriétés thérapeutiques de cette préparation.

Les médecins désireux d'obtenir des échantillons de cette préparation pourront s'adresser à M. R. L. Gibson, seul agent pour le Canada de la *Tromer Malt extract Company*. Ce monsieur sera aussi heureux de recevoir des médecins les rapports des expériences qu'ils feront avec cet agent thérapeutique.

Brochures reçues.

Les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal, leur influence sur l'audition, la respiration et la phonation, leur traitement, par le docteur B. Læwenberg.

De la créosote du hêtre dans le traitement de la phthisie pulmonaire et des affections catarrhales des voies respiratoires, par le docteur G. Fournier, pharmacien de première classe, ex-interne des hôpitaux.