

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'ABEILLE MÉDICALE

Journal de l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal,
de l'Hôpital Hôtel-Dieu, de la Maternité Ste. Pélagie
et des Dispensaires.

Rédacteur : THS. E. D'ODET D'ORSONNENS, M. D.

Vol. III.

MARS ET AVRIL 1881

Nos. 3 et 4

Dans notre dernier éditorial, nous rappelions l'opinion légale de Sir Farrer Herschell, solliciteur-général d'Angleterre, qui disait que Laval ne pouvait pas avoir de *succursale* ; nous ajoutions encore que cette Université avait elle-même reconnu *publiquement* sa fausse position et l'illégalité de son établissement à Montréal, par le seul fait d'avoir demandé à la reine Victoria une extension de sa charte, nous devrions dire plutôt en osant même soumettre le projet d'une charte nouvelle à la sanction de Sa Majesté, pour s'accaparer du monopole universitaire et parvenir ainsi à toutes ses fins !

Laval n'a donc pas *réellement* d'existence civile en cette cité, et tous ses actes *ici* sont donc en conséquence parfaitement nuls. Elle n'a pas de professeurs, point de cours, en un mot sa prétendue succursale ne peut pas être reconnue aux yeux de la loi qui doit la répudier et entacher tous ses faits de nullité !!!

Voyons maintenant si son existence canonique au moins est régulière ? L'Université de Québec dans son établissement à Montréal a-t-elle respecté le Décret, la Bulle du St. Siège ?

Nullement !

Car par le Décret, tout en croyant ne pas devoir accorder d'affiliation à Laval aux écoles de Droit et de Médecine existant alors à Montréal, le St. Siège a néanmoins ordonné une

succursale de cette université dans cette dernière ville pour venir au secours de ces écoles et les empêcher de continuer à être affiliées à des universités protestantes. Ce qui le prouve c'est cet article dans les bases posées par Rome pour cet arrangement : " Les Professeurs de Droit et de Médecine à Montréal devront faire partie de la faculté respective établie à Laval en vertu de la Charte Royale." Mais ce qui ôte jusqu'à l'ombre d'un doute sur l'interprétation et le sens rigoureux de cette clause pour saisir l'ordre formel du St. Siège est le fait suivant :

Dans les pourparlers préliminaires pour en venir à un arrangement avec le Recteur de Laval, l'Ecole de Médecine, ne se rendant pas de suite à toutes ses exigences, M. Hamel prit sur lui de former une faculté en dehors de l'Ecole de Médecine ; mais lorsqu'il fit son rapport à Monseigneur Conroy, Délégué Apostolique, Son Excellence lui ordonna d'aller révoquer ses nominations, *les ordres du St Siège devant être exécutés au bénéfice de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal.*

Ce que M. le Recteur fut obligé de faire de suite !

Les négociations continuèrent donc, il y eut entente approuvée par Son Excellence le Délégué Apostolique et Mgr l'Evêque de Montréal.

L'Ecole fut regardée comme cette succursale et l'inauguration en fut fêtée au grand Séminaire avec beaucoup de pompe et de solennité par Mgr Conroy lui-même et les autres autorités Ecclésiastiques et Universitaires.

Mais bientôt les arrangements convenus avec l'Ecole n'étant pas respectés, celle-ci s'en plaignit d'abord à son ordinaire puis au corps des Evêques de la Province Ecclésiastique de Québec réunis en Concile à Québec. Tout fut en vain, et l'Ecole se vit dès lors en but aux persécutions les plus violentes et les plus injustes : tentatives de lui enlever son hôpital, son allocation du gouvernement, etc., etc., libelles réitérés sur les journaux publics, rien ne fut épargné pour tâcher de la détruire.

Enfin, le Recteur signifia à chacun de ses professeurs qu'il avait à opter entre rester professeur à Laval ou rester professeur à l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, l'un de ces emplois devant nécessairement exclure absolument l'autre.

L'Ecole qui avait ignoré à peu près jusqu'à ce temps la lettre et l'esprit de la Charte, du Décret et de la Bulle, répondit à M. Hamel que comme l'Université ne se conformait pas à ces documents elle garderait le statu quo jusqu'à ce que Rome à qui elle en appelait, se prononçât sur cette grave question, assurant néanmoins encore Laval de son bon vouloir et de sa constante détermination de se conformer et d'obéir au jugement du St. Siège, l'Ecole devant continuer à donner les cours comme auparavant jusqu'à ce que toutes les difficultés fussent aplanies et le tout réglé d'une manière stable et définitive. Le Recteur au lieu de faire comme l'Ecole, d'attendre les instructions de Rome, *mieux informée*, pour en recevoir les ordres et s'y conformer, le Recteur s'empressa de révoquer les nominations des Professeurs de l'Ecole et de former sa nouvelle faculté.

Ce court historique des faits donne la preuve accablante du mépris de Laval pour le Décret du St. Siège et de son refus positif à l'exécuter ! Maintenant, venons au dernier document, à la Bulle de l'érection canonique de Laval qui est postérieure au Décret. Dans cette Bulle, tout en faisant allusion à l'observation du Décret, le St. Père après avoir remercié Sa Majesté la Reine Victoria pour sa Charte Royale, recommande expressément de s'y conformer, " *cui in nullâ re derogatum volumus.* "

Il est donc évident que le St. Siège ne voulait enfreindre en rien les dispositions de cette Charte et qu'on l'a indignement trompé pour l'amener à décréter un tout autre ordre de choses que celui dont dispose la charte à laquelle il ordonne néanmoins de ne déroger en rien. Et pour preuve, nous dirons que durant notre séjour à Rome nous avons eu toutes les peines du monde pour prouver que la charte était violée ; on

nous alléguait toujours que Laval persistait à dire qu'elle lui donnait le privilège d'en agir comme elle l'avait fait.

C'est cette persistance de Laval à soutenir ce point qui nous a forcé d'aller à Londres prendre l'opinion légale de Sir Farrer Herschell pour convaincre les autorités Romaines.

Aussi doit-il être humiliant pour Laval maintenant d'avoir demandé cette nouvelle charte et donné elle-même *ainsi et publiquement encore* cette preuve accablante de sa mauvaise foi ! Elle espère peut-être s'en tirer par ses nouvelles démarches auprès du gouvernement local en en obtenant la régularisation de sa succursale. Mais en ce cas même, elle n'en serait que plus désobéissante aux yeux de Rome puisqu'elle chercherait par là même justement le moyen de faire prévaloir l'autorité civile pour conserver cette faculté nouvelle qu'elle a créée en contradiction avec les desseins de Rome pour nuire à l'École de Médecine au secours cependant de laquelle le St. Siège lui ordonnait de venir, et que par toutes ses démarches elle force de continuer à rester affiliée à une université protestante, ce que Rome voulait empêcher.

Enfin la Charte Royale ne permettant pas d'autre extension à Laval en dehors de Québec que par l'affiliation, Laval s'étant opposé à Rome à ce qu'elle fût accordée à l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal en lui suggérant ce mode de succursale, Laval a donc, tout en le trompant sur sa position réelle, désobéi au St. Siège qui lui recommandait de ne déroger en rien à cette charte "cui in nullâ re derogatum volumus." De plus elle n'a pas craint de mettre le St. Siège en contradiction avec lui-même. Si laissant de côté cette idée de succursale, Laval faisait incorporer, par la législature, ses prétendues facultés de Montréal pour se les affilier, elle ne serait pas plus dans l'ordre, Rome (pour plaire à Laval) n'a pas voulu d'affiliation et d'ailleurs ces facultés que Laval s'affilierait ne seraient pas, *celles de Droit et de Médecine existant alors à Montréal*, et que Rome avait en vue !

Donc il est clairement prouvé que Laval a méconnu et foulé aux pieds la Charte Royale, le Décret et la Bulle du St.

Siège, documents qui limitaient ses pouvoirs et lui traçaient la marche qu'elle avait à suivre !

De plus au lieu de tendre loyalement la main à l'École de Médecine, *son aînée*, comme le lui recommandait le St. Siège, elle a tout fait, au contraire, pour l'anéantir et la supplanter ! Au lieu du patriotisme et du sentiment religieux qui devaient l'engager à favoriser cette école nationale qui donnaient depuis plus de trente ans des preuves de son zèle infatigable et de son dévouement pour l'enseignement des sciences médicales, elle n'a pas hésité à chercher à former *une quatrième école*, dans une petite ville comme Montréal, pour mettre de côté cette faculté qui lui offrait non-seulement toutes les garanties voulues, mais encore un vaste hôpital, une belle maternité, des Dispensaires et une bâtisse convenable et *qui se suffisait à elle-même depuis si longtemps*.

Pour refuser ces avantages, elle a choisi les élèves de cette école et quelques-uns des plus jeunes même, elle les a lancés comme Professeurs en comptant pour leur support sur la charité publique seulement. Elle n'avait ni bâtisse, ni hôpital ; les portes de l'Hôtel-Dieu lui ayant été refusées. Elle a mené ses prétendus quelques élèves à l'hôpital protestant et aux lectures de Professeurs d'une université protestante, *ce que Rome la chargeait d'empêcher*. C'est pour sortir de cette fausse position qu'elle veut encore imposer à la charité publique le soutien de cet hôpital de la rue Notre Dame, hôpital de cinquante lits ! Hôpital dont la seule raison d'être vient d'être expliquée et qui n'est nullement nécessaire à la ville, mais *indispensable* à cette prétendue succursale !

Mais pourquoi l'Université Laval veut-elle donc si obstinément s'implanter ici à Montréal ? Quel vertige la pousse à agir en contravention si palpable avec sa Charte, le Décret et la Bulle de Rome ?

Ce n'est certainement pas toujours pour plaire et se rendre aux désirs des autorités religieuses locales, puisque depuis plus de vingt ans déjà elle est à Rome, *qu'elle n'a cessé de tromper*, pour paralyser, tour à tour, les généreux efforts de

nos deux Evêques de Montréal qui, confiant en ses promesses, l'ont aidé à obtenir sa Charte et devaient nécessairement compter *au contraire* sur son appui, après les engagements qu'elle en avait pris *si explicitement* avec eux à cet égard ! Il n'est donc pas étonnant qu'elle se soucie peu, après cela, des vœux, des désirs et des besoins des diocèses voisins de celui de Montréal !

Après ces considérations, peut on être étonné du peu de cas qu'elle fait de notre population et de ses aspirations ?

Non, Laval n'a rien respecté, ni sa parole donnée, ni les vœux de notre clergé, ni ceux de nos institutions scientifiques qu'elle a violentées !

Mais l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal a été surtout l'objet de ses convoitises et le point de mire contre lequel elle a dirigé avec le plus de malveillance tous ses efforts. On l'a même représentée ici comme à Rome, en lutte ouverte contre le St Siège ; on en a fait une rebelle aux autorités religieuses ! Pourtant l'Ecole en a toujours référé à ces autorités, et c'est elle encore aujourd'hui qui est aux pieds du St. Père et lui demande de juger la position, promettant d'avance de se soumettre à sa décision, comme elle n'a cessé de le déclarer dès le commencement même des difficultés !

Aussi l'Université de Québec, voyant la lumière se faire et et sentant enfin tout ce que sa position a de faux et de compromettant pour elle, intrigue de tous côtés et met à son profit toutes les passions humaines en jeu, à ce point que l'on voit des ministres locaux, *habitant Montréal*, trahir les intérêts de leur ville et prêter la main à l'ennemi pour lui aider à nous priver de cette université indépendante pour l'obtention de laquelle on combat depuis plus de vingt ans ! Amère déception ! quand on compare à ce fait le généreux dévouement de nos pauvres paysans, qui s'imposent des sacrifices pécuniaires pour élever des écoles et des collèges dans leur localité ! Sans ces tristes défections, ces étonnantes adhésions *d'hommes de loi* pour le maintien d'un ordre de choses si illégal, en suivant les impulsions de ce patriotisme éclairé.

qui avait inspiré ce premier mouvement pour mettre notre instruction sur un pied conforme à celui des grands centres de l'Europe, nous aurions déjà depuis longtemps notre propre université à Montréal!

Mais Laval, qui a cru l'Ecole de Médecine *seule, sans énergie, sans ressources pécuniaires*, a rencontré chez elle cette ferme et vigoureuse résistance qu'inspirent toujours aux hommes de cœur les procédés injustes dont on veut les faire victimes.

Comme pour être bon chrétien il faut obéir aux ordres de l'Eglise, de même pour être bon citoyen il faut respecter la loi. C'est forte de cette position que l'Ecole de Médecine a fait face à la tempête. Elle n'a rien à se reprocher.

Elle a donné le temps nécessaire à Laval pour mûrir ses réflexions, prendre conseils et des autorités religieuses et des autorités civiles. Cette Université persistant à fouler aux pieds sa Charte et ne voulant pas attendre la décision de Rome, l'Ecole de Médecine se voit forcée de la citer devant les tribunaux. Elle ne fait en cela du reste que se rendre à la pression de ceux qui veulent se débarrasser de Laval, agissant obstinément en opposition avec sa Charte et les vues de Rome. Les nombreux amis de la cause demandent à souscrire pour payer les frais à encourir pour aller jusqu'au dernier tribunal. Cette nécessité, l'Ecole a voulu, a cherché à l'éviter. Elle s'est adressée d'abord à son Ordinaire puis à N.N.S.S. les Evêques assemblés en Concile à Québec. Et quoique le Décrêt leur ordonnât de travailler en union avec Laval pour faire réussir ce projet dont Rome leur posait les bases, ils ne voulurent pas intervenir. L'Ecole a dû nécessairement alors s'adresser au St. Siège pour lui représenter les griefs dont elle avait à se plaindre de la part de Laval, lui demander justice protestant en même temps de sa soumission et de sa détermination à accepter d'avance le jugement que dans sa sagesse rendrait le St. Siège.

L'université Laval est donc citée devant les tribunaux ecclésiastiques et les tribunaux civils. — Telle est la position de l'Ecole aujourd'hui, la justice de sa cause en fait la force.

Et pour soutenir cette lutte, l'argent ne lui manquera pas non plus. Ce n'est plus l'École de Médecine seule, mais la population qui veut que justice soit rendue. Elle saura reconnaître ceux qui n'ont que l'égoïsme pour règle et se soucient peu du bien général.

Les médecins élèves de l'École de Médecine, dont le réseau couvre tout le pays, sauront bien faire valoir en masse leur influence en faveur de leur alma mater.

Pour arrêter ce courant des idées et chercher à le paralyser en excitant des craintes chimériques, la rumeur rapportée que le Recteur menace de fermer les portes de l'Université à Québec même si sa succursale ne peut tenir à Montréal ! Personne ne sera dupe de ce langage *et ne craindra un aussi grand malheur !*

Le bruit circulait encore que, pour se rendre aux désirs des Evêques de la province ecclésiastique de Québec, le Parlement Provincial allait être convoqué dans le but spécial, quoi que non apparent, d'accorder une nouvelle Charte à l'Université Laval pour lui permettre, *cette fois*, d'organiser sinon avec justice, du moins *légalement*, toutes les branches qu'elle voudra et lui assurer ainsi le monopole universitaire.

Ainsi cette pauvre succursale de Montréal, si jamais elle existe, aura coûté au pays tous les frais de cette session, sans compter les subsides à venir et ceux que le Parlement lui a déjà accordés à elle et son hôpital, quoi qu'ils n'eussent aucune existence légale !

La convocation des Chambres pour le 28 avril prochain et le but assigné, semblent corroborer cette dernière rumeur. Mais est-il loisible, est-il décent même pour le Parlement de législater en rapport avec la Charte Impériale. Nous avons toujours cru que l'on pouvait en appeler à un tribunal supérieur, mais jamais après un acte impérial en venir au gouvernement local ?

Puis Rome étant saisie de la question en litige, par la *partie laïque* elle-même, la *partie religieuse* peut-elle maintenant chercher ainsi par tous ces subterfuges à échapper aux consé-

quences des jugements à intervenir devant la cour de Rome comme devant les tribunaux civils ?

Pour terminer enfin ce long article, nous croyons qu'il serait bien plus raisonnable pour Laval de se rendre à l'évidence des faits, de ne pas chercher à faire compromettre davantage ses protecteurs et rentrer sans bruit dans ses foyers, pour y faire tout le bien possible, plutôt que de forcer l'École à dérouler devant les tribunaux et tout le public les faits qui se rattachent à cette affaire.

TÉTANOS PUERPÉRAL.

PAR FLEETWOOD CHURCHILL.

(Suite et fin.)

IV. — CAUSES.

Il est difficile d'énumérer avec précision les causes de cette maladie ; mais j'ai noté que, dans tous les cas, on aurait pu l'attribuer tantôt à l'impression du froid, tantôt à des violences extérieures. Dans une observation, il y eut une hémorrhagie qui exigea l'emploi du tampon ; dans une autre, le placenta fut retenu et se putréfia dans l'utérus. Dans une observation publiée par Finucane, le tétanos survint après une version, et Paul Dubois le vit se produire après une opération césarienne. Dans l'observation de Patterson, le travail avait été naturel, et la convalescence paraissait se passer dans les meilleures conditions. Le tétanos semble plus fréquent dans les pays chauds que dans les climats froids, mais Simpson a montré que dans ces derniers il n'y avait pas à tenir compte de l'influence de la saison. Waring a publié un relevé des cas de tétanos survenus dans l'état puerpéral à Bombay. On peut y voir que, pendant une période de trois années finissant en décembre 1863, il ne mourut pas moins de 232 femmes de cette affection ; le nombre paraît encore augmenter. La mortalité était plus considérable pendant la saison humide.

Le froid, les violences extérieures, les opérations et peut-être aussi la présence de matériaux en putréfaction dans l'utérus paraissent en somme être les causes déterminantes

les plus usuelles du tétanos. Quand au caractère pathologique de la maladie, Simpson l'attribue à la lésion de la surface interne de l'utérus, qu'il compare, comme on le sait, aux plaies résultant d'une grande opération et pouvant par suite donner lieu comme celles-ci au tétanos. La raison qui fait que l'accouchement ne donne pas plus souvent lieu à cette terrible affection, est peut-être dans ce fait que l'utérus est presque complètement suppléé par les nerfs du grand sympathique. La maladie une fois développée consiste surtout dans l'excitation du système spinal réflexe ou de quelque portion de ce système. Quelles conditions en obstétrique et en chirurgie pourraient, isolées ou réunies, produire le tétanos traumatique ? Simpson émet cette opinion que peut-être quelque altération du sang, quelque irritation centrale ou quelque irritation morbide de la moelle, ou bien quelque irritation propagée le long des branches nerveuses, depuis le siège de la blessure jusqu'au système nerveux central, pourrait expliquer la production du mal et en constituer l'élément essentiel. Peut-être les recherches nombreuses dont le tétanos est l'objet pourront-elles un jour jeter quelque lumière sur cette obscure affection.

[[Dans deux cas de tétanos survenus après l'avortement, et rapportés par A. Wiltshire, la malade présentait une grande dépression morale. Aussi ce médecin prétend que le tétanos n'est pas seulement dû à des modifications périphériques, mais surtout à un trouble cérébro-spinal.]]

V. — TRAITEMENT.

Pour le traitement de cette maladie, je renverrai mes lecteurs aux œuvres de nos maîtres en chirurgie. Les remèdes locaux me paraissent devoir être mis hors de cause, et, quant aux moyens généraux, les plus recommandés sont les suivants de l'avis de Simpson : 1o. on maintiendra le plus grand calme autour de la malade à qui on évitera autant que possible toute cause d'irritation physique ou mentale ; 2o. on évitera toute tentative douloureuse et toujours inutile pour écarter les mâchoires et forcer la malade à avaler. On sou-

tiendra les forces et l'on apaisera la soif par des lavements et par des topiques humides appliqués sur la peau ; 30. s'il existe quelque raison de penser que des matières irritantes accumulées dans les intestins puissent agir en augmentant le malaise, il faudra les vider au moyen de quelques lavements appropriés ; 40. on cherchera à détendre les spasmes toniques et à diminuer l'excitabilité réflexe du système nerveux par des sédatifs, des antispasmodiques, avec l'espoir d'enrayer cette excitabilité réflexe ou au moins d'éloigner les dangers menaçants de la maladie, et lui permettre ainsi de passer de cet état d'acuité à une forme pour ainsi dire subaiguë, et donnant par conséquent plus de prise au traitement et plus de place à l'espoir.

Parmi les cas qui ont guéri, l'un a été traité par de larges saignées, par le musc et la valériane, un autre par les vésicatoires et les grands bains, un troisième par la saignée et les bains chauds, un quatrième par des lavements de térébenthine, un cinquième enfin par des immersions froides.

Les calmants qui ont été le plus employés sont l'opium administré par la bouche et l'infusion de tabac par le rectum. A ces moyens on peut ajouter la belladone, la stramoine, la ciguë, la jusquiame, le musc, le camphre, le haschich, l'acide cyanhydrique, la valériane, etc. Tous ces médicaments ont été tour à tour préconisés par différents auteurs. Il est cependant impossible de juger en dernier ressort parmi tous ces médicaments. Pour ma part, j'avoue que j'aurais plus de confiance dans le chloroforme ou l'éther. Le chloroforme, dit Simpson, administré à dose suffisante, agit comme un sédatif direct sur le système nerveux et sur la contractilité exagérée du système musculaire. En raison de cette influence, il constitue un des moyens les plus sûrs et les plus maniables de calmer les attaques convulsives ordinaires, et, suivant les observations publiées dans la presse médicale, l'usage du chloroforme a été nombre de fois couronné de succès dans le tétanos traumatique. Ce moyen a cependant failli à calmer les formes les plus aiguës

de la maladie. Peut-être les insuccès sont-ils dus à ce que les malades n'ont pas été suffisamment ni assez longtemps soumis à l'action du chloroforme. Si on l'emploie dans le tétanos, il faudra en continuer l'action pendant un grand nombre d'heures, quelquefois même pendant plusieurs jours. Il est parfaitement avéré que le moyen n'offre aucun danger si l'action est surveillée avec soin.

L'observation suivante fournira un excellent exemple du traitement par le chloroforme. Elle est rapportée par Laurie de Glasgow :

OBSERVATION IV. — Madame B..., belle jeune femme de 24 ans, pendant le troisième mois d'une troisième grossesse fit une fausse couche le 4 janvier 1854. Elle eut une hémorrhagie considérable contre laquelle on eut recours au tamponnement, à la glace, à la compression. La malade était tellement bien le dimanche 8 janvier que je cessai mes visites. Le jeudi, 12, elle se plaignit de roideur dans la mâchoire inférieure; mais ne soupçonnant en aucune façon la nature du mal, elle me fit appeler le samedi 14. Il y avait du trismus très-marqué: mais les spasmes ne s'étendaient pas au delà des muscles du cou. Le pouls était à peu près normal. Tous les efforts de déglutition causaient de grandes douleurs et produisaient des spasmes dans les muscles du cou et du larynx avec imminence de suffocation. Je défendis tout effort de déglutition, je prescrivis des lavements nourrisants additionnés de 50 à 100 gouttes de laudanum toutes les six heures, des applications sur le cou de chloroforme et d'aconit. Il y eut peu de changement jusqu'à la nuit du lundi 16, quand tout à coup le pouls s'éleva à 120; les spasmes augmentèrent, mais ils ne s'étendaient pas au delà du cou; la déglutition était impossible. Je fis faire alors des inspirations de chloroforme qui eurent une action merveilleuse et apportèrent un soulagement immédiat. Je montrai au mari et à la mère de la malade la manière de s'en servir, et celle-ci est restée d'une manière plus ou moins continue sous l'influence du chloroforme. Le jeudi 18, le pouls était revenu à 96,

et la patiente avala avec une facilité relative. Aujourd'hui vendredi 20, l'amélioration ne persiste pas; le pouls est à 108; les muscles abdominaux sont rigides et le rectum ne retient plus les lavements. J'étais préparé à cette complication; depuis le 15, ma malade a été frottée avec soin d'huile, de beurre et de crème. La déglutition est assez facile. Un symptôme que j'ai oublié de signaler et qui cependant était un des plus pénibles, c'était une constante toux résultant d'une accumulation de mucosités. En deux jours elle disparut. Je comptais dès lors sur la guérison.

[[On devra aussi employer le chloral et le bromure de potassium à doses assez considérables, qui jouissent à un haut degré de la propriété de diminuer ou même d'ancantir le pouvoir excité-moteur de l'axe cérébro-spinal.]]

NOTE DU RÉDACTEUR.

Comme la plupart de nos médecins composent leurs bibliothèques d'ouvrages qu'ils font venir de France, et que sa littérature médicale ne fait nullement mention du tétanos puerpéral, si nous exceptons l'article spécial à la description de cette maladie dans le *Traité clinique et pratique des maladies puerpérales* par le docteur Hervieux, nous avons cru devoir insérer dans *l'Abeille Médicale* les pages ci-dessus, en reproduisant exactement la traduction qu'en ont faite MM. les docteurs Wieland et Dubrisey.

Pour nous, après plus de quarante ans d'une clientèle bien active et plusieurs milliers d'accouchements, nous n'en avons jamais encore rencontré de cas. Si quelques confrères ont eu à traiter le tétanos dans de telles circonstances, nous serions heureux de recevoir leurs notes pour les publier.

Les causes assignées à ce terrible accident par F. Churchill d'après Simpson, ne font cependant pas défaut dans ce pays, surtout celles attribuées à la température qui est parfois si élevée dans nos brûlants étés et souvent et si longtemps si basse durant nos longs hivers.

D'où nous vient donc cette immunité ?

De la soustraction des liquides nuisibles de l'estomac par la pompe gastrique (1).

PAR M. le Dr SÉE Professeur à la Faculté de médecine.

HISTORIQUE DE L'ASPIRATION GASTRIQUE, DANS LE TRAITEMENT DES DILATATIONS DE L'ESTOMAC.

Si nous avons conservé des doutes, et formulé des réserves sur l'emploi des moyens chimiques, tels que l'acide chlorhydrique et les pepsines, si nous avons fait une plus large part aux alcalins, en raison de leurs propriétés sécrétoires du suc gastrique, si nous avons insisté sur l'utilité des liqueurs alcooliques dans certaines périodes de la digestion, il n'en est pas moins vrai que tous ces procédés, toutes ces médications doivent céder le pas à une méthode, que mon expérience de dix années m'a démontré être la plus rationnelle et la plus pratique : je veux parler de la soustraction des liquides nuisibles de l'estomac par la pompe gastrique.

En 1869, un clinicien des plus ingénieux, le professeur Kussmaul (de Fribourg), eut l'idée de retirer de l'estomac, à l'aide d'une sonde munie d'une pompe aspirante, lorsque cet organe se trouve dilaté par une cause mécanique ou simplement physique, les liquides nuisibles ou excessifs de cet organe ; puis de soumettre la cavité stomacale à un lavage régulier, en introduisant de l'eau, qu'on retire ensuite à l'aide de la même pompe.—Ces résultats furent surprenants dans l'ectasie de l'estomac.

HISTORIQUE DU SIPHON ET DES DIVERS APPAREILS.

Quarante ans avant Kussmaul, un médecin américain du nom de Somerville avait déjà indiqué le lavage simple de l'estomac à l'aide de longs tuyaux formant siphon ; en 1870, un an après Kussmaul, Iurgensen, M. Rosenthal, Hodgen

(1) Nous sommes heureux de pouvoir donner aux lecteurs de *L'Abeille Médicale* la primeur de l'important ouvrage que M. le professeur Sée publie à l'heure qu'il est sur les dyspepsies et dont il a bien voulu communiquer les bonnes feuilles au *Journal de thérapeutique*.

modifièrent le procédé d'évacuation dans le sens indiqué par Somerville et parfaitement oublié ; ils supprimèrent la pompe, et se contentèrent de procéder au lavage de l'estomac, à l'aide du siphon, qu'on tend à généraliser maintenant en Allemagne et en France ; c'est ainsi qu'opère Bucquoy, et d'une autre part Fauchier, qui a eu le mérite de remplacer la sonde dure, que le médecin seul peut manier, par la sonde molle que le malade peut s'introduire directement. Sauf cette dernière modification, qui peut devenir utile pour les malades intelligents et adroits, le procédé du siphon me paraît moins sûr que la pompe stomacale, qui n'a jamais le moindre inconvénient, si on la manie doucement, avec précaution, et présente le grand avantage de produire l'évacuation complète, même du grand cul-de-sac de l'estomac, où les liquides nuisibles s'accumulent si facilement, comme l'urine reste stagnante dans le bas-fond de la vessie. — Si les Allemands sont parvenus par des manœuvres violentes, ou même par la sonde, à déterminer des érosions de la muqueuse, à enlever même des morceaux de membrane, il ne s'est cependant jamais formé d'ulcération ; il y manquait la condition du trouble circulatoire ; s'ils ont parfois provoqué des hémorrhagies, celles-ci n'ont jamais eu de suite ; la contraction des muscles de l'estomac les a arrêtées. Dans tous ces cas, a-t-on pris toutes les mesures et tous les soins ? J'en doute ; car après des milliers de sondages que j'ai pratiqués ou fait pratiquer par mes élèves, je n'ai jamais observé le moindre préjudice résultant de l'usage de la pompe, même dans les maladies les plus graves de l'estomac ; tout l'appareil construit par Colin consiste en une pompe en gutta-percha, munie de tube en caoutchouc et de robinets en divers sens, de façon à pouvoir vider ou remplir l'estomac sans retirer la sonde œsophagienne molle ou dure, qui doit toujours être munie d'un bout olivaire à deux fenêtres terminales.

PREMIÈRES APPLICATIONS DE LA POMPE AUX DYSPEPSIES.

Aussitôt après la publication du mémoire de Kussmaul, qui ne visait que les dilatations de l'estomac, et ne tendait pour

ainsi dire qu'à décharger l'organe de son trop-plein, de manière à lui permettre de revenir à son état normal, je compris que cette méthode ne consistait pas dans un simple moyen d'évacuation, que des applications bien autrement larges, en un mot que des visées plus hautes étaient réservées à ce moyen si singulier, et en même temps si simple de traiter les maladies stomacales. D'après ces conceptions nouvelles, la méthode devait avoir un mode multiple d'action, et par conséquent remplir des buts très divers.

Observation de dyspepsie grave guérie par la pompe stomacale.

— L'occasion de vérifier ces prévisions ne tarda pas à se présenter à mon observation. Un malade atteint d'une maladie grave de l'estomac me fut adressé, en 1869, par les docteurs D., et R., de la Normandie ; sa maladie avait débuté sans cause connue un an auparavant, par des vomissements alimentaires, qui ne tardèrent pas à devenir incoercibles en même temps que très douloureux, et à entraîner avec une inappétence absolue une flatulence pénible, l'amaigrissement le plus considérable, la coloration jaune-paille des téguments, en un mot toute la série caractéristique du cancer ; c'était là l'opinion exprimée par nos confrères sur ce malade, qui fut, à ce titre, considéré comme incurable. — Toutefois, comme il n'y avait jamais eu de vomissements noirs, c'est-à-dire contenant de l'hématine décomposée au contact prolongé du suc gastrique, comme d'une autre part il n'existait ni tumeur épigastrique, ni engorgement glandulaire cancéreux nulle part, ni enfin aucune trace d'œdème, je soupçonnai un rétrécissement pylorique, et je ne renonçai plus à tout espoir de soulagement ; aussi bien je me mis en devoir, aidé par mon cousin Marc Sée, de procéder aux sondages réguliers de l'estomac chez ce malade, c'est-à-dire à l'évacuation des liquides qui furent toujours très abondants, puis au lavage de l'estomac. Les résultats furent surprenants : au bout de peu de jours l'appétit reparut, et les vomissements cessèrent ; peu à peu on parvint à faire supporter, soit du lait, soit du café au lait, soit de la viande crue. — L'extraction des liquides et le

nettoyage de l'estomac ne purent toutefois être interrompus un seul jour sans préjudice, pendant plus de trois mois ; puis l'amélioration fut telle que le malade put retourner dans son pays, où il se sondait lui-même, faisant pratiquer l'aspiration journallement pendant près d'un an. La guérison fut complète et définitive, car depuis dix ans je n'ai cessé de la constater une ou deux fois par an.

Diverses observations de guérisons de dyspepsies. — Depuis ce temps j'ai appliqué cette méthode de traitement à un très grand nombre de dyspepsies les plus variées dans leur origine, qui avaient résisté à tous les moyens usuels, et qu'on pouvait par conséquent considérer pour cette raison, ainsi qu'à cause de la dénutrition des malades, comme des cas graves, ou même désespérés. — Depuis dix ans, j'ai recueilli au moins trente observations de ce genre, rigoureusement choisies parmi les plus probantes.

Il y a à peine six semaines, je fus mandé en province, pour un malade âgé de quarante ans, présentant depuis un an tous les signes de la dyspepsie cancéreuse, avec une déperdition tellement considérable des forces, que depuis trois mois le malade ne peut plus quitter son lit. — Je confiai le sondage à un médecin aliéniste très distingué, ayant l'habitude d'alimenter ses malades par la sonde. Les effets du traitement furent des plus convaincants. Au bout de six à sept jours on put faire tolérer chaque jour 100 grammes de viande crue, délayée dans le bouillon, tandis que pendant les derniers temps qui ont précédé la lixiviation de l'estomac, aucun aliment n'était toléré régulièrement, sans provoquer de violentes douleurs. Aujourd'hui, après six semaines de traitement, le rétablissement est complet.

INTERPRÉTATION DE L'ACTION DE LA POMPE STOMACALE.

Pour bien faire comprendre l'action de la pompe et du nettoyage de l'estomac, nous supposerons un dyspeptique chez lequel on opère tantôt à jeun, tantôt à la fin de la digestion.

a. *Lavage de l'estomac avant la digestion :*

1^o En opérant à jeun, ce qui doit constituer la règle, on retire de l'estomac un suc gastrique neutre, ou à peine acide, et par conséquent inefficace ; on débarrasse ainsi l'estomac d'un liquide inutile, qui peut, en se mêlant avec le suc gastrique, dont les aliments vont déterminer la sécrétion, entraver l'action digestive de ce nouveau suc.

2^o On extrait en même temps une quantité de *mucus* plus ou moins considérable, qui en se mêlant au suc gastrique prêt à être sécrété, et à entrer en fonction, ne manquera pas d'entraver son action en diminuant son acidité ; la dyspepsie muqueuse est celle qui se prête naturellement le mieux à cette utile spoliation ;

3^o En soustrayant l'estomac à l'impedimentum créé par le *mucus* d'une part, et par un suc gastrique imparfait d'autre part, on dispose la muqueuse ou plutôt les glandes pepsiques à sécréter, au contact des aliments, un liquide digestif, dont rien n'entrave plus le fonctionnement, dont rien n'altère la composition ; indirectement le pompage constitue par conséquent un puissant agent de sécrétion, un véritable pepsinogène.

b. Pompage à la fin de la digestion. — Lorsque l'extraction des liquides gastriques a lieu à la fin de la digestion, on obtient les résultats suivants :

1^o Si le repas a été copieux, il existe ordinairement dans l'estomac en voie de digestion un excès de *peptones*, qui constituent de véritables gênes pour la pepsine ; les produits faits empêchent la pepsine d'en créer d'autres ; cela est si vrai, que si dans une digestion artificielle on enlève les *peptones*, l'opération, qui était arrêtée, recommence immédiatement sur de nouveaux frais ; sur le vivant, le même résultat peut s'obtenir par l'extraction de la masse chymeuse et par le lavage de l'estomac ; dès lors la sécrétion gastrique reparait avec ses qualités et ses propriétés normales ;

2^o Dans les repas ordinaires, il n'y a pas d'excès de *peptones*, et par conséquent rien à modifier sous ce rapport ; mais souvent alors la digestion normale, c'est-à-dire la fermenta-

tion régulière, dépasse les limites physiologiques et se transforme en une véritable décomposition putride ; cette anomalie se manifeste surtout lorsqu'il s'introduit du dehors un ferment animé, comme la sarcine ; dans ces cas il se produit une série d'acides volatiles, d'acides gras et de gaz qui indiquent une fermentation butyrique ou alcoolique ; soustraire ces acides et ces gaz, c'est la fonction de la pompe stomacale ; et en dégageant ainsi l'estomac, on remet pour ainsi dire la muqueuse à découvert, de telle sorte que le contact des aliments nouveaux provoque à l'instant même une sécrétion nouvelle et de bonne nature. L'appétit reparait dès que les acides anormaux et les gaz putrides (CO_2 , etc.) viennent à disparaître, l'auto-infection cesse complètement, l'estomac se trouve débarrassé d'un suc gastrique infectieux, irritant, abondant et nul ; le malade est pour ainsi dire en présence d'un estomac nouveau, se prêtant à merveille à sa destination originelle.

c. Pompage gastrique en général. — Dans toute circonstance, c'est-à-dire, soit avant soit après la digestion, on obtient les résultats suivants, par la pompe gastrique :

1^o Par l'expulsion des gaz, le *tympanisme* cesse ; le ventre se dégonfle, les éructations sont supprimées.

2^o Aussitôt que le météorisme est surmonté, on voit à l'instant disparaître l'*oppression* si pénible pour le malade, et souvent si inquiétante pour le médecin, qui ne soupçonne pas toujours la cause efficiente de cette dyspnée.

3^o Les *douleurs* qui dépendent de la tympanite n'ont plus de raison d'être ; l'estomac cessant d'être distendu, les nerfs intra-musculaires de l'organe gastrique cessent d'être tirillés et les sensations douloureuses qui provenaient de cette élongation des rameaux nerveux n'ont plus de raison d'être. — Or ce sont là les douleurs les plus fréquentes, les plus constantes.

4^o On peut même y ajouter les *spasmes douloureux*, résultant de la contraction excessive, brusque, qui succède à une distension atonique de la musculature stomacale ; ces spas-

mes et les crampes d'estomac, qui en sont la traduction fidèle, s'éloignent, s'atténuent et finissent par être oubliés.

5° La cessation de la surcharge qui s'était imposée à la cavité stomacale entraîne pour la paroi musculaire et élastique de l'estomac un retour à la contractilité, à l'élasticité normales ; les mouvements péristaltiques reviennent avec leur intensité, leur rythme habituel ; les aliments sont ainsi plus facilement et plus longuement mis en contact avec le suc gastrique ; de là, et par voie indirecte, une digestion plus parfaite, et en même temps moins longue, moins pénible, *plus légère* si on peut s'exprimer ainsi.

6° La constipation cède également, et cela dès les premiers jours qui succèdent au dégagement de l'estomac ; la solidarité fonctionnelle, qui, au point de vue de la musculature, lie le gros intestin à l'intestin grêle et à l'estomac, ne manque pas de s'exercer sur les fibres musculaires du côlon et du rectum ; le mouvement péristaltique s'y dessine nettement comme il se produisait tout à l'heure dans les parois de l'estomac.

Voilà, en résumé, des effets qu'on observe par l'appropriation, la réfection de l'estomac. — On comprend maintenant pourquoi, dès le premier jour de l'invention de la pompe stomacale, j'ai appliqué l'usage de l'instrument ou plutôt, la méthode aspiratrice aux dyspepsies, tandis qu'on n'en avait fait qu'un simple moyen d'évacuation dans les ectasies gastriques. Si d'autres cliniciens depuis 1870 ont tenté les applications de cette médication aux dyspepsies, ils ont bien gardé le secret sur les résultats de leurs tentatives, je ne connais pas une seule observation précise relativement aux dyspepsies ainsi traitées ; mais je trouve quelques assertions vagues à ce sujet, sans aucune preuve à l'appui. J'excepte les toutes récentes indications de Paul Bucquoy.

APPLICATIONS DE LA POMPE STOMACALE A DIVERS TROUBLES MOTEURS ET SENSITIFS DE L'ESTOMAC.

C'est pour compléter l'étude des applications de la pompe stomacale aux diverses maladies de l'estomac, autres que les

dyspepsies et les dilatations, que j'intercale ce paragraphe, qui n'a de mérite que la nouveauté.

a. Atonies spasmodiques de l'estomac. — Gastralgies. — Les névroses de l'estomac, appelées gastralgies, et qui, en réalité, ne sont que des troubles moteurs, semblent devoir réclamer le même traitement que la dilatation stomacale, qu'on doit considérer comme une maladie d'ordre mécanique. Mais il y a cette différence à noter entre les deux genres d'affections, c'est que souvent la dilatation est accompagnée temporairement de dyspepsie, et presque constamment de vomissements abondants, alimentaires, répétés; dans ces deux circonstances le pompage de l'estomac est indiqué au point de vue de ses avantages chimiques, au moins autant que comme moyen mécanique.

Dans les troubles moteurs de l'atonie gastrique, il n'existe pas la moindre défectuosité chimique, et la pompe n'aura d'autre avantage que d'aider à la restitution du ressort de la paroi musculaire. Or, un pareil résultat s'obtient, et tout aussi sûrement, par l'hydrothérapie, par douches d'eau minérale chaude, par le régime et les laxatifs. L'indication du lavage n'existe pas, et bien que, dans ces derniers temps, Malbrane (*Berliner Wochenschrift*, 1876, n°4) ait employé avec succès la *douche chaude d'eau gazeuse* intra-stomacale, je continuerai à mettre en usage, avant d'imiter son exemple, toute la série des moyens usuels, qui seront indiqués dans la thérapeutique des pseudo-dyspepsies.

b. Vomissements incoercibles. — Dans les vomissements incoercibles, indépendants des lésions graves de l'estomac, j'ai obtenu des résultats très remarquables. Dans ces conditions, je commence par la série des purgatifs, attendu que bien souvent ces vomissements dépendent de la constipation, ou de l'obstruction intestinale. Quand cette méthode ne réussit pas, il est rare de réussir mieux avec des injections hypodermiques de morphine; c'est alors que j'ai recours aux appropriations de l'estomac par un lavage répété.

c. Anorexie grave, dite hystérique. — Dans deux cas d'ano-

rexie, ou plutôt de refus invincible de manger, que j'observai chez des jeunes filles, j'eus recours, après avoir mis en usage tous les genres de médicaments et d'aliments, après avoir insisté sur les moyens qu'on appelle moraux, et qui restèrent aussi inefficaces que les premiers, à l'emploi de la pompe stomacale. — L'une de ces jeunes malades était arrivée au dernier degré du marasme, ne se nourrissant journellement, depuis plusieurs mois, que de quelques cuillerées de café au lait, lorsqu'aidé des conseils de mon ami et collègue Lasègue, je mis en usage la pompe stomacale; la malade guérit après trois mois de ce traitement mécanique.

APPLICATIONS DE LA POMPE STOMACALE AUX LÉSIONS GRAVES DE L'ESTOMAC.

Parmi les lésions graves de l'estomac, l'ulcère simple doit constituer, malgré une tentative récente et favorable, une absolue contre-indication; on risquerait, par le pompage ou même par le siphon, de compléter la destruction d'une paroi vasculaire, et de provoquer ainsi une hémorrhagie, ou bien encore de détruire une cicatrice imparfaite, de manière à produire une nouvelle hémorrhagie.

Mais en est-il de même dans le cancer de l'estomac? Ici la question est complexe, et mérite d'être élucidée.

1^o *Cancer non ulcéré, siégeant sur les parois.* — S'agit-il d'un cancer non ulcéré avec ou sans tumeur appréciable, ayant son siège à l'une des parois, il n'y a aucun inconvénient à pratiquer le pompage, surtout si en même temps il y a dyspepsie, inappétence et vomissements; le soulagement dans ces cas, et le retour de l'appétit, ne manquent presque jamais.

2^o *Cancer pylorique non ulcéré, avec dilatation de l'estomac.* — Cette dernière circonstance constitue une indication formelle; il n'y a pas à craindre une hématomèse, attendu qu'il s'agit ordinairement de cancers squirrheux, ou épithé-
liaux.

3^o *Cancer douteux ou dyspepsies à forme cachectique.* — Dans ces cas, le pompage est indiqué comme moyen de diag-

nostic ; la surprise de l'amélioration, même de la guérison de ces malades, n'est pas rare. — Je me souviens d'une vieille femme de chambre, qui présentait des vomissements alimentaires, des douleurs épigastriques, et un teint jaunepaille, qui commandaient l'inscription dans le cadre cancéreux. Le sondage guérit la malade.

Si, au contraire, il s'agit d'un cancer vrai et encéphaloïde, on peut être exposé à produire une véritable hémorrhagie ; j'ai été témoin d'un fait pareil en province et c'est le seul que j'aie vu.

4^o *Cancer ulcéré avec hématomèse noire.* — Dans ce cas, il semble que la méthode doive être absolument condamnée ; il n'en est rien ; attendez que l'hémorrhagie soit enrayée par les injections de morphine et d'ergotine, puis tentez doucement l'emploi du siphon, puis pratiquez le sondage avec la pompe, vous serez frappés des résultats que les malades constatent eux-mêmes au bout de peu de jours ; les vomissements, les éructations, le tympanisme disparaissent sans que les hémorrhagies soient provoquées à nouveau. — J'ai pu ainsi prolonger depuis 1872 jusqu'en 1875 l'existence d'une dame atteinte d'un cancer ulcéré, arrivé à la dernière période et caractérisé par des hématomèses noires répétées jusqu'à trois ou quatre fois par jour.

Il y a trois mois, j'ai vu avec mon ami Dujardin-Beaumetz un malade atteint d'un cancer ulcéré et d'hématomèses graves qui remontaient à quatre ans ; l'amélioration fut telle que le patient a recommencé à prendre, à digérer des aliments solides, et a pu entreprendre sans dommage un long et pénible voyage en Orient. L'amélioration est telle actuellement malgré un œdème grave, qu'on a pu se demander si nous avions réellement affaire à un cancer.

Résumé. — Les dyspepsies graves et vraies se guérissent merveilleusement par la pompe stomacale, et plus sûrement encore que les dilatations de l'estomac. Comme les autres maladies de l'estomac, le cancer non ulcéré peut subir un notable soulagement par ce moyen ; l'ulcère, au contraire, en

contre-indique formellement l'emploi : quant aux atonies gastro-intestinales, elles guérissent par des procédés plus simples.

De la lithotritie en une seule séance, avec évacuation immédiate des fragments.

M. le Dr. Ed. Rousseau résume ainsi une intéressante revue critique qu'il consacre à ce sujet, dans les *Archives de Médecine* :

10. Plus que jamais il faut, avant d'opérer, établir le diagnostic des dimensions et de la nature du calcul, de là dépend le choix du moyen auquel on aura recours. Si la pierre est petite ou de moyenne taille, comme cela est dans la majorité des cas, il n'est pas sage, il est même dangereux d'employer des instruments de fort calibre : les petits instruments sont d'un maniement plus commode et irritent moins la vessie et l'urèthre. Il faut réserver les instruments volumineux pour les cas exceptionnels où ils sont nécessaires. Pour pratiquer la lithotritie en une seule séance, il n'est pas besoin de faire usage de lithotriteur ou d'aspirateur de forme spéciale ; il importe seulement de savoir choisir l'instrument qui convient à chaque cas individuel.

20. Dans les cas de pierres dures et volumineuses, la lithotritie en une seule séance est une opération plus difficile et demandant de la part de l'opérateur plus d'habileté et d'expérience que la lithotritie pratiquée suivant l'ancienne méthode.

30. Rien encore aujourd'hui n'autorise à traiter tous les calculs par le broiement. Grâce à la nouvelle méthode, la lithotritie est une opération moins dangereuse et qui convient à des cas où autrefois il fallait avoir recours à la taille. Mais pour les pierres dures, pour celles dont le poids peut être approximativement évalué à 2 onces, pour les cas où l'urèthre n'est pas suffisamment large, la taille latérale est encore un

procédé admirable, et dans certaines circonstances exceptionnelles, il faudra donner la préférence à l'opération suspensibienne, la taille latérale étant impossible.

Entre des mains inexpérimentées, les lithotriteurs et les évacuateurs volumineux sont des instruments pouvant déterminer des lésions très-graves. Aussi, pour un chirurgien n'ayant pas une grande pratique des affections calculeuses, mieux vaudrait, dans un cas de pierre dure et pesant 1 once, faire la taille que la lithotritie en une seule séance.

M. le professeur Guyon est partisan de la méthode de Bigelow ; suivant lui, en reprenant la question de l'évacuation après la lithotritie, et surtout en démontrant le fait de la tolérance vésicale pour les opérations de longue durée, M. Bigelow a rendu un service immense à la science. Souvent déjà M. Guyon a opéré des calculeux, suivant les principes de la méthode nouvelle, et il se réserve de publier prochainement la statistique de sa pratique hospitalière et privée.

Pour le broiement, M. Guyon n'emploie pas d'instruments autres que ceux auxquels il avait recours auparavant. Le lithotriteur dont il se sert est le lithotriteur à poignée cylindrique de Thompson et à bascule de Robert et Collin ; il n'approuve pas l'usage des lithotriteurs aussi volumineux que ceux que M. Bigelow a préconisés dans le but de préparer le canal à recevoir le cathéter. A chaque instrument son rôle ; il importe avant tout que le lithotriteur jouisse de la mobilité nécessaire pour pouvoir explorer la vessie dans toutes ses parties. Un lithotriteur volumineux n'entrerait qu'à frottement dans le canal et les manœuvres intra-vésicales seraient rendues sinon impossibles, du moins moins promptes et moins effectives. C'est le lithotriteur du moyen calibre, le n° 2 de Robert et Collin que M. Guyon emploie le plus habituellement. Dans un cas de calcul volumineux et qui, suivant toute prévision, résistera aux premières attaques de l'instrument, M. Guyon commence l'opération avec le lithotriteur à mors fenêtrés et termine la séance avec le lithotriteur à mors pleins.

Nous mentionnerons incidemment deux conseils pratiques que donne notre excellent maître à propos de la manœuvre du lithotriteur. Pour éviter le pincement de la muqueuse vésicale entre les mors de l'instrument, des modifications très nombreuses ont été proposées dans la disposition des branches mâle et femelle de l'instrument. On n'aura jamais à redouter cet accident grave, dit M. Guyon, avec le lithotriteur ordinaire, si après avoir saisi un calcul ou un fragment entre les branches de l'instrument, on se contente de l'empêcher de glisser, en exerçant une pression légère et sans baisser l'écrou. On ramène l'instrument vers le centre de la cavité vésicale, on ne baisse l'écrou et on ne fait le broiement qu'à ce moment. Si un pli de la muqueuse a été saisi tout d'abord, grâce à l'élasticité de la paroi, il s'échappera aisément des mors de l'instrument.

Il arrive quelquefois que les calculs se trouvent logés très en avant du col vésical et au-dessus de la prostate, et dans cette situation ils sont difficiles à atteindre. Dès qu'on est parvenu à saisir le calcul, avant de broyer et pour faciliter les prises suivantes, il faut avoir soin de porter l'instrument jusqu'au fond de la vessie.

Avant d'adapter l'aspirateur sur le cathéter, M. Guyon a coutume de procéder à un lavage abondant de la vessie avec des seringues à hydrocèle munies de larges embouts ; par ce procédé, il obtient souvent une quantité de débris considérable, et il pense que le lavage à la seringue a l'avantage de ne pas faire saigner la vessie, comme il l'a observé avec l'aspirateur. Sans contester l'utilité de l'aspirateur dont il fait usage pour terminer l'évacuation, cet appareil lui paraît surtout utile pour vérifier si l'évacuation est parfaite. Le bruit de cliquetis produit par la rencontre des fragments avec l'extrémité du cathéter est tout à fait pathognomonique.

Bien que le calibre des cathéters évacuateurs permette le passage de graviers assez volumineux, mieux vaut encore pousser aussi loin que possible la pulvérisation, et faire quelques prises de plus avec le lithotriteur, que de compter sur

les résultats de l'aspiration. Dans bien des cas, quelle que soit l'habileté du chirurgien pour le cathétérisme, après avoir retiré le brise-pierre, un spasme invincible du canal l'empêche de franchir de nouveau les parties profondes de cet organe avec un instrument métallique, mais une sonde en gomme d'un calibre suffisant pourra pénétrer, et si le broiement a été bien fait, en effectuant avec la seringue ordinaire un lavage de la vessie, l'opéré bénéficiera encore des résultats de l'évacuation.

Pour M. Guyon, on ne doit pas pousser l'application du principe de M. Bigelow aussi loin que les chirurgiens ont osé le faire. Malgré l'emploi du chloroforme, il arrive un moment où les contractions vésicales se montrent de nouveau, ce doit être pour le chirurgien le signal de cesser l'opération du broiement. Actuellement, la durée moyenne des opérations de M. Guyon est d'une demi-heure, les vingt premières minutes sont occupées par le broiement, les dix dernières sont employées à l'évacuation. Grâce à sa grande habileté opératoire, nous ajouterons que M. Guyon obtient des résultats matériels de beaucoup supérieurs à ceux que nous avons relevés dans les observations des journaux étrangers pour des séances de plus d'une heure ; dans une de ses dernières opérations à laquelle nous avons assisté, le chiffre des fragments obtenus, tant par les lavages que par l'aspiration, s'élevait à 53 grammes. Dans ce cas, la durée du broiement fut de 22 minutes et le nombre des prises fut de 107. Ne voulant négliger aucun des éléments de l'observation, M. Guyon prend soin de faire noter par un des assistants le nombre de fois qu'il saisit un fragment et qu'il le broie. A chaque séance, M. Guyon fait en moyenne 70 à 80 prises.

M. Guyon ne croit pas non plus qu'il y ait grand avantage à réintroduire le lithotriteur, après avoir fait une application de l'aspirateur. Mieux vaut, suivant lui, laisser au malade un repos de quelques jours que de reprendre immédiatement le broiement. Avant de retirer le cathéter, il fait souvent dans la vessie une injection avec une faible solution d'acide

borique (2 à 3 grammes d'acide borique pour 100 d'eau). La quantité de liquide qu'il injecte est de 40 à 50 grammes. C'est principalement dans les cas de cystite, lorsque l'urine des malades est habituellement trouble ou purulente, qu'il fait cette injection.

Telles sont les principales modifications que M. Guyon a apportées à sa pratique opératoire. Nous avons déjà dit au début de ce travail qu'il avait reconnu l'avantage que la chirurgie ordinaire retirait de l'anesthésie : aussi, à moins de contre-indications formelles, emploie-t-il toujours le chloroforme.

Comme M. Thompson, M. Guyon est d'avis que la méthode des séances prolongées exige que le chirurgien soit très habitué au maniement des instruments lithotriteurs, et que pour un chirurgien n'ayant pas pu acquérir une grande expérience dans cette partie spéciale de l'art, il est préférable d'opérer suivant la méthode ancienne.—(*Archiv. de Méd.*, février 1881.)

Des syphilides secondaires et de leur traitement.

Par M. le Dr PAUL LANDOWSKI.

C'est à la *plaque muqueuse*, que nous devons surtout la propagation de la syphilis. Il est rare qu'un homme atteint d'un chancre primitif continue à avoir des relations sexuelles. La lésion étant remarquée facilement, il n'y a que des individus dépourvus de tout sens moral qui puissent ne pas prendre de précautions voulues. Il n'en est pas de même de la plaque muqueuse. Lésion fugace, sujette essentiellement à récidive, pouvant se placer sur différents endroits du corps, elle peut passer inaperçue et de cette manière devenir la cause de contagion malgré toutes les précautions possibles.

Avant d'entrer dans les considérations sur les *plaques muqueuses*, nous croyons utile de communiquer à nos lecteurs un cas bien tragique publié par M. le professeur Fournier dans son remarquable *Traité sur la syphilis dans le mariage*.

Un malheureux confrère, des plus distingués, contracte la vérole au doigt, en explorant une femme syphilitique. La maladie se généralise mais on en vient à bout, du moins on le croit, grâce au traitement approprié. Nous n'avons pas besoin de dire que notre distingué confrère ne s'endormait pas dans une fausse sécurité ; il ne connaissait que trop le caractère insidieux et la ténacité de la maladie. Aussi malgré le manque de toute manifestation extérieure, s'observait-il continuellement, précaution d'autant plus indispensable qu'il était marié.

On peut facilement s'imaginer sa terreur, quand en se levant un matin, il remarqua une légère érosion dans le sillon balanopréputial. Il craint de reconnaître une *plaque muqueuse*. Sa crainte ne laisse pas que d'être confirmée, et au bout de quelque temps, sa femme avec laquelle il a eu des relations dans la nuit de l'apparition de la *plaque muqueuse*, sa femme, disons-nous, présenta des signes non douteux de la contagion syphilitique.

Nous avons cité cet exemple, parce qu'il fait ressortir mieux que n'importe quel raisonnement le danger de la lésion dont nous voulons parler aujourd'hui

La plaque muqueuse fait partie du cortège des accidents secondaires ; sa place n'est cependant pas nettement marquée dans ce cortège. Tantôt elle ne vient que vers la fin de la période secondaire, tantôt elle apparaît comme accident le plus précoce de cette période.

Son siège n'est pas aussi exclusif que sa dénomination le pourrait faire supposer. Il n'y a pas en effet que les muqueuses qui puissent en être atteintes. Tout en choisissant surtout ces dernières comme siège de prédilection, les syphilides en question les débordent souvent en s'étendant sur la peau environnante ; d'autres fois elles se placent directement sur la peau, sans avoir leur point de départ sur une muqueuse quelconque. Il faut cependant que la peau présente des conditions spéciales pour que les syphilides puissent y prendre naissance ou bien s'y propager. C'est d'abord la finesse plus grande de la peau qui continue les muqueuses qui semble offrir

une condition favorable pour la propagation de la plaque muqueuse ; il faut ensuite qu'il y ait accolement de deux surfaces de la peau qu'il y ait une certaine humectation de ces surfaces. Toutes ces conditions sont on ne peut mieux réalisées dans l'espace interfessier, dans la région génitale, dans le creux axillaire ainsi que dans la région sous-mammaire chez la femme.

Toutes les muqueuses peuvent être le siège des syphilides dont nous parlons. Il y a cependant deux grands foyers de prédilection, à savoir : le foyer génital et le foyer buccogut-tural. Les syphilides de chacun de ces endroits présentent quelques particularités ; nous tâcherons de les faire ressortir après en avoir donné la classification et la caractéristique générale.

On a donné bien des noms et proposé bien des classifications pour les lésions qui nous occupent. Les dénominations de : *pustules, pustules plaies, ragades, condylomes*, etc., etc., ont été appliquées successivement suivant la forme et l'aspect de la lésion. — Toutes ces dénominations sont vagues et embrouil-lent seulement la conception claire de la lésion. — Nous allons classer les syphilides en question suivant M. le profes-seur Fournier en les ramenant à quatre types bien définis, à savoir :

- 1^o Syphilides érosives,
- 2^o — papulo-érosives,
- 3^o — papulo-hypertrophiques.
- 4^o — ulcéreuses,

Cette division est non seulement extrêmement simple, mais elle a encore ce grand mérite, que les dénominations que nous venons de citer, contiennent presque la définition de la nature de la lésion.

Avant de parler succinctement de chaque forme en particu-lier, énumérons d'abord, toujours d'après les idées professées par l'éminent professeur à Saint-Louis, les caractères com-muns à toutes les syphilides secondaires.

Ces caractères sont au nombre de cinq :

Les syphilides dont nous parlons sont toujours des *lésions secrétantes*. Elles ne sont pas *auto-inoculables*. Elles sont extrêmement *contagieuses*. Elles *récidivent* avec la plus grande facilité. Enfin, elles sont généralement *facilement curables*.

Il est bon d'avoir présents à la mémoire tous ces cinq caractères ; ils sont non seulement nécessaires à connaître au point de vue scientifique, mais ils ont encore une valeur pratique considérable. -- En sachant que la sécrétion de la syphilide est très contagieuse, on prend toutes les précautions voulues pour ne pas venir en contact direct avec cette sécrétion, ou au moins on lave les mains avec une solution désinfectante et on nettoie les instruments employés, en les tenant un instant dans la flamme d'une lampe à alcool.

En se rappelant que la *plaque muqueuse* n'est pas auto-inoculable, nous avons un précieux moyen de diagnostic. Et il ne faut pas croire qu'on puisse dédaigner ce moyen. Le diagnostic différentiel entre certaines syphilides et le *chancre simple (non syphilitique)* est bien souvent des plus difficiles. Quand on songe que ce diagnostic nettement établi est, pour la plupart, d'un intérêt capital pour le malade, que le traitement ultérieur en dépend entièrement, on ne peut s'empêcher de considérer l'auto-inoculation comme une ressource extrêmement importante.

La curabilité facile des lésions dont il s'agit, curabilité qui donne si facilement le change au malade, n'en impose pas au médecin qui sait que c'est là un des caractères essentiels de la syphilide ; aussi la joie de voir disparaître une plaque muqueuse est-elle singulièrement tempérée par la facilité de la récidive.

Après ces quelques considérations sur les caractères des *syphilides secondaires* en général, passons rapidement en revue les quatre formes différentes, que nous avons énumérées.

La forme *érosive*, si fréquente, est peut-être celle qui donne le plus souvent le change, celle qui passe le plus souvent inaperçue. C'est une petite érosion plate, limitée, ressemblant à une surface dénudée après l'application d'un petit vésica-

toire, indolente, aprurigineuse. Quand nous disons indolente, il faut s'entendre sur la signification du mot. — La lésion n'est pas douloureuse par elle-même, elle le devient cependant quand elle siège sur un endroit exposé au frottement ou à tout autre contact irritant.

Il arrive que l'érosion syphilitique n'est pas tout à fait plate, mais qu'elle est un peu élevée en forme de plateau, en forme de papule ; nous avons alors la deuxième forme : *papulo-érosive*. — Le nombre de ces érosions et de ces papules érodées est très variable. Quelques fois l'affection est discrète et l'on n'a qu'une seule ou quelques petites papules ressemblant par leur forme aux pastilles de menthe. D'autres fois, les papules sont nombreuses et en formant de vrais chapelets ou en se touchant, elles présentent l'aspect d'un collier de perles.

Nous avons dit que les syphilides secondaires sont facilement guérissables. En effet, traitées comme nous allons l'indiquer plus loin, elles se ratatinent, elles sèchent et finissent par disparaître. — Quand elles ne sont pas traitées, surtout quand elles se développent chez les personnes peu soigneuses, les syphilides ne font que croître et prospérer rapidement. Les petites élevures deviennent de plus en plus grandes ; ce ne sont plus de petits plateaux, ce sont de vraies et *grandes papules*, atteignant quelquefois une grandeur extraordinaire. C'est à cette variété que nous donnons le nom bien mérité de la variété *papulo-hypertrophique*, dénomination portant avec elle la définition.

Ces papules gigantesques sont rouges, quelquefois violacées, souvent fendillées et coupées par des ragades. Elles sont pendant quelque temps indolentes, mais peu à peu, il est évident qu'une dermatose de pareille étendue ne peut pas se développer sans tirer derrière elle un érythème ou même une vraie cutite érysipélateuse. Aussi les malades commencent-ils à en souffrir, ils ne peuvent presque plus marcher et finissent par entrer à l'hôpital. Et réellement le type *papulo-hypertrophique* est essentiellement un type d'hôpital ; on ne

le rencontre guère dans la clientèle privée, car il n'y a que des malheureux tout à fait pauvres et bien malpropres, qui permettent à la lésion de prendre des proportions aussi considérables.

Si dans les trois premières variétés nous avons pu suivre, pour ainsi dire, les transformations d'une forme dans l'autre et si la différence entre elles, surtout entre la forme *papulo-érosive* et la forme *papulo-hypertrophique*, est plutôt *quantitative* que *qualitative*, il en est tout autrement de la forme *ulcéreuse*.

Ce n'est plus une simple érosion, c'est une vraie perte de substance plus ou moins considérable, c'est une vraie ulcération. — Il est incontestable que la forme ulcéreuse attaque surtout certains sujets, c'est-à-dire qu'il y a certains terrains aptes à faire des ulcères.

La forme ulcéreuse ne se différencie pas seulement des autres formes par son aspect et par sa marche. Elle en diffère encore malheureusement par l'opiniâtreté qu'elle oppose au traitement, comme nous le verrons plus loin.

La syphilide ulcéreuse donne bien souvent lieu à des difficultés de diagnostic considérables. Mais si à l'aide de sa manière d'être relativement à la manière d'être d'autres ulcérations de différentes provenances ainsi qu'à l'aide des commémoratifs on parvient à la distinguer des autres lésions qui lui ressemblent, il existe une affection qui peut bien facilement être confondue avec la syphilide ulcéreuse. Nous avons nommé le *chancre simple*.

Il y a cependant un intérêt immense, afférent au malade, à établir bien ce diagnostic. Tout le traitement ultérieur en dépend et de ce traitement dépend le salut ou bien une issue fatale. Nous croyons donc devoir insister un peu sur ce point et, autant que faire se peut, élucider la question.

La configuration de la lésion nous offre déjà quelques données qui ne sont pas à oublier. — Les *syphilides ulcéreuses* se plaisent particulièrement dans la forme *circinée*. Elles pré-

sentent pour la plupart des courbes ressemblant à des arcades, à des croissants, etc.

Si en général cette forme circonscrite des ulcérations a une valeur diagnostique réelle, elle est presque pathognomonique sur les muqueuses. — Il y a des maladies de la peau présentant la forme circonscrite simulant l'aspect des syphilides. Il n'en est pas de même pour les muqueuses, et ici la forme en question indique presque invariablement la *syphilis*.

Il faut chercher d'autres éléments de diagnostic différentiel entre les syphilides dont il est question et le chancre simple, dans la conformation des bords, dans l'aspect du fond et dans la coloration respective des deux lésions.

Les syphilides présentent en effet des bords qui se confondent avec l'ulcération par une chute en pente douce, tandis que les bords décollés du chancre simple sont taillés à pic, quelquefois — Le fond lisse des syphilides ne présente pas des inégalités et des dépressions caractéristiques du chancre simple ; de même la coloration grise lardacée ou rouge « maigre de jambon » se distingue assez de la coloration jaunâtre du chancre simple.

Cependant tous ces signes peuvent être trop peu caractérisés pour qu'on puisse se prononcer catégoriquement entre les deux affections. — On est obligé de recourir à l'épreuve définitive : à l'*auto-inoculation*.

Nous avons déjà parlé de cette dernière dans une de nos revues cliniques de l'année passée. Sans attacher à l'*auto-inoculation* des espérances dont bien des esprits se sont longtemps bercés, nous savons qu'il ne faut chercher là qu'une différenciation du *chancre simple* de l'*affection syphilitique*. Mais quant à ce diagnostic, l'*auto inoculation* nous le donne d'une manière concluante, car le *chancre simple* s'auto-inocule *toujours* ; tandis que les lésions syphilitiques ne s'auto-inoculent *jamais*.

Nous ne croyons pas superflu de dire quelques mots de la petite opération elle-même. Voici comment on la pratique à Saint-Louis.

On recueille avec la lancette un peu de la sécrétion de la lésion et on l'inocule comme le vaccin, sur le bras par exemple. Ici il y a une précaution à prendre. Il faut que la lancette soit dirigée parallèlement au bras, c'est-à-dire à plat et non obliquement. La raison en est bien simple.

L'inoculation produit son effet au bout de deux jours en moyenne, il est donc important qu'elle soit aussi superficielle que possible. En effet, si l'inoculation intéresse les parties un peu plus profondes, la lésion produite artificiellement requiert plus de temps pour se produire à l'extérieur et il faut attendre pour être fixé quelquefois assez longtemps. Or, il n'est pas indifférent de permettre au *chancre simple* de nicher longtemps. Aussi peu grave que soit la lésion en elle-même, il faut la détruire aussi vite que possible, car nous savons qu'il n'est pas rare de voir se développer à la suite du chancre simple des lymphangites, des bubons, voire même le phagédénisme. — Du reste, nous dirons tout à l'heure comment il faut procéder pour étouffer le *chancre simple* artificiellement produit, aussitôt qu'il a fourni ce qu'on lui a demandé, à savoir : un élément précieux du diagnostic.

Nous avons laissé notre petite opération de l'inoculation au moment où l'on introduit sous la peau la lancette chargée du virus. Ceci fait, on recouvre l'endroit piqué avec un verre de montre qu'on maintient en place par quelques tours de bande de sparadrap. Cette pratique, imaginée par Ricord, est excellente et très commode. Non seulement la piqûre est bien isolée, mais encore pour voir le progrès de l'inoculation on n'a besoin que de regarder à travers le verre sans le soulever. Si au bout de deux à trois jours des phénomènes de l'inoculation ne se produisent pas, c'est que la lésion n'est pas un *chancre simple*. Si, au contraire, l'inoculation reproduit le *chancre simple*, il faut immédiatement l'étouffer en germe. Pour cet usage le meilleur des caustiques est encore celui de Ricord, c'est-à-dire la pâte *sulfocarbonée*. On la prépare en mélangeant une certaine quantité de poudre de charbon avec quantité suffisante d'acide sulfurique pour obtenir une masse

de consistance pâteuse. — On met avec une spatule un peu de cette pâte pour couvrir la lésion, on recouvre tout d'un peu de charpie maintenue par une bande, et on laisse tout en place tant que l'eschare formée en-dessous ne tombe, en laissant une petite solution de continuité plus ou moins cicatrisée. La cicatrice qui se forme ensuite ressemble à celle laissée par la vaccination, et comme l'endroit choisi a été le bras où l'on vaccine généralement, les suites de la petite opération ne présentent aucun inconvénient.

Nous croyons utile de mentionner ici un phénomène extrêmement intéressant au point de vue de la doctrine même de la syphilis : nous voulons parler de la transformation *in situ* du chancre syphilitique primitif en plaque muqueuse. — Nous ne pouvons pas, bien entendu, nous étendre ici beaucoup sur le passage de la lésion syphilitique primitive en lésion secondaire, en plaque muqueuse. Au point de vue pratique, d'ailleurs, cette différenciation, très délicate, n'a pas trop grande importance ; mais au point de vue doctrinal, le fait dont il s'agit est d'une portée immense. En effet, nous savons que l'un des caractères de la plaque muqueuse est de récidiver facilement. Or, nous n'avons pas besoin d'insister de quelle importance il est au point de vue théorique, de ne pas confondre le chancre syphilitique, qui ne récidive jamais, avec une lésion présentant le caractère contraire.

Nous avons déjà dit que les plaques muqueuses peuvent apparaître sur toutes les muqueuses, ainsi que dans certains endroits de la peau, pourvu que cette dernière présente des conditions favorables.

Sans passer en revue toutes les régions, ce qui nous entraînerait trop loin, mentionnons cependant quelques particularités relativement au siège.

Nous connaissons déjà les deux foyers principaux des lésions dont il s'agit, à savoir : le foyer génital et le foyer buccal. — La région génitale est surtout exposée chez la femme, et on est réellement quelquefois étonné de l'immense développement de syphilides autour de la vulve. On comprend facile-

ment que la cause est ici surtout anatomique, la femme ne pouvant pas aussi bien que l'homme surveiller ces endroits.

Le phénomène contraire se produit pour le foyer buccoguttural. Ici c'est à l'homme qu'appartient la triste priorité. Il la doit surtout au manque de soins. Mais la grande cause de la multiplicité de plaques muqueuses buccales chez l'homme, la grande cause de leur ténacité réside dans l'habitude de fumer. Aussi faut-il positivement défendre de fumer aux personnes atteintes de syphilides buccales, sous peine de voir échouer tous nos médicaments.

Les syphilides du foyer génital chez la femme s'attaquent surtout aux lèvres et au pourtour de la vulve, et elles sont très rares dans le vagin et au col. Ainsi la statistique de Lourcine nous donne sur 522 cas de plaques muqueuses génitales, seulement 25 situées sur le col et à peine 9 syphilides du vagin.

On ne peut pas s'empêcher de trouver une analogie frappante entre ces faits et ceux observés dans le foyer buccoguttural. Ici les plaques muqueuses choisissent de préférence les lèvres, le palais et surtout les amygdales, et elles attaquent très rarement l'arrière gorge et le pharynx.

Après ces deux grands foyers nous rencontrons des plaques muqueuses sur et autour de l'anus et cela fréquemment. Plus rarement elles siègent sur la commissure des paupières et sur la conjonctive palpébrale, sur la muqueuse nasale, etc., etc.

Une considération importante domine la thérapeutique de syphilides secondaires à savoir : *il faut les traiter localement*, le traitement général exclusif n'étant pas suffisant.

Avons-nous besoin de rappeler que le traitement local n'est dirigé que contre les accidents locaux mêmes, et qu'en même temps il faut combattre la diathèse par des moyens dont nous disposons et dont nous dirons un mot tout à l'heure ?

Le traitement local des syphilides de trois premières formes : *érosive*, *papulo-érosive* et *papulo-hypertrophique* est plutôt hygiénique qu'énergiquement thérapeutique. Il faut bien se rappeler que *toute sorte de cautérisation ne peut être que nuisible*. On s'en laisse quelquefois imposer par les dimensions

gigantesques des papules hypertrophiées et l'on a peine à croire qu'on puisse venir à bout de ces véritables néoplasies sans intervention chirurgicale. — Eh bien pour modifier complètement cette manière de voir, on n'a qu'à suivre pendant quelque temps les malades du service de M. Fournier, à Saint-Louis, où certes il ne manque pas de types singulièrement remarquables. — Voici le traitement qu'on y emploie et qui réussit toujours.

Après un bain général de propreté, on lave les syphilides avec une solution de 60 grammes d'hypochlorite de soude dans 250 d'eau. Les parties lotionnées sont ensuite séchées avec un linge et saupoudrées avec de l'oxyde de zinc.

Ce dernier joue ici le rôle d'une poudre inerte et l'on peut très bien le remplacer par une autre poudre analogue : sous-nitrate de bismuth, lycopode, etc., etc.

Les lotions avec l'hypochlorite de soude et tout ce qui s'ensuit, sont répétées plusieurs fois dans les 24 heures, et au bout de quelques jours, on voit les végétations les plus formidables se ratatiner, se dessécher pour disparaître peu à peu.

Il n'y a que la forme ulcéreuse qui soit justiciable d'un tout autre traitement.

La propreté est ici de rigueur, comme toujours bien entendu. On a donc recours aux bains locaux et généraux. Le pansement des ulcérations se fait avec une solution de *nitrate d'argent* au 1/100. Il est digne de remarque que l'excellente solution au 1/30^{me} si efficace dans le chancre simple, n'est pas du tout avantageuse dans le cas qui nous occupe. Il faut au contraire avoir recours à la solution faible qui a été indiquée plus haut.

Bien souvent on est embarrassé par des syphilides sous-préputiales. Elles sont d'autant plus rebelles qu'elles sont moins accessibles, le prépuce recouvrant complètement le pénis de manière qu'il faudrait avant tout débarrasser le malade de l'enflure qui a produit le *phimosi*s.

On réussit d'avoir raison de cet état de choses par des bains locaux très souvent répétés. Le malade trempe sa verge

toutes les deux ou toutes les trois heures, dans un verre rempli de l'infusion tiède de guimauve par exemple. Outre cela il faut lui faire des injections entre le membre et le prépuce pour d'abord déterger les surfaces. L'on injecte ensuite sous le prépuce de la solution faible de nitrate d'argent.

Voici généralement le meilleur mode de traitement local des syphilides ulcéreuses.

Il y a encore une préparation qui réussit très souvent mais que je ne cite ici que pour déconseiller son emploi dans la clientèle privée.

Nous voulons parler de l'*iodoforme*. Son efficacité, toute considérable qu'elle soit, n'est cependant pas suffisamment infaillible pour racheter l'immense inconvénient de son odeur insupportable et révélatrice. — Tous les moyens proposés jusqu'ici pour le désinfecter n'ont réellement abouti à rien.

Je puis ici parler par expérience. J'ai essayé de l'essence d'amandes amères, de l'essence de fenouil, de menthe, etc., et positivement il faut être doué d'une grande imagination ou dépourvu du sens olfactif, pour se figurer que cela avance à grand'chose. Je crois même faire observer ici, que deux fois que j'ai employé l'*iodoforme* avec de l'essence d'amandes amères, j'ai provoqué chez les malades, au lieu de l'effet sédatif de l'*iodoforme*, des douleurs atroces. Je ne sais pas s'il faudrait attribuer cela à ce que l'essence d'amandes est souvent falsifiée par la *nitrobenzine*, car j'ai perdu absolument le désir de poursuivre les expériences avec l'*iodoforme*.

Nous avons parlé jusqu'à présent du traitement local, nous savons tous cependant qu'il faut surtout combattre la diathèse par un traitement interne énergique.

Inutile d'insister sur les préparations mercurielles si nombreuses et si connues parmi lesquelles le *protoiodure de mercure* tient une place marquante. Inutile de parler de l'efficacité de la médication mixte par le *sirup de Gilbert* par exemple. Nous nous arrêterons seulement un peu sur deux procédés qui ne sont pas encore suffisamment vulgarisés.

Les frictions avec la pommade mercurielle ont le grand

inconvenient de salir le linge du lit et de révéler ainsi l'état du malade. Voici un excellent procédé connu de plus en plus sous le nom de *chaussettes napolitaines*. Le malade au lieu de se frictionner les cuissés etc., frictionne le dos du pied et la jambe. Il met ensuite des bas qui ont non seulement l'avantage de ne pas salir les draps, mais de faciliter encore l'absorption lente de la pommade.

Les mêmes bas servent pour toute la cure.

Le deuxième procédé dont nous voulons parler est assez nouveau, mais je crois qu'il est appelé à rendre de très grands services. — C'est M. Terillon, si je ne me trompe, qui chez nous a eu recours un des premiers aux injections hypodermiques du *sublimé*. Depuis, beaucoup de médecins en ont essayé et j'en suis du nombre. On faisait dissoudre le sublimé dans de l'albumine de l'œuf, mais ce procédé est à peu près abandonné.

Maintenant, où le temps est aux peptones, l'on fait des dissolutions du sublimé dans ces dernières. Il n'y a là évidemment rien que de très rationnel. La préparation est cependant laborieuse et minutieuse et je ne crois pas qu'elle soit appelée à se généraliser. Ayant eu connaissance qu'on avait essayé de la dissolution simple dans de l'eau avec de la glycérine, j'ai à mon tour expérimenté cette préparation si simple. Or je crois pouvoir affirmer, en me basant sur des observations, que cette manière de procéder est aussi simple qu'efficace et inoffensive. Il est vrai que chez certaines personnes, j'ai eu un peu de rougeur locale accompagnée d'une sensation désagréable ; mais ces petits accidents ont passé au bout de quelques jours et ne m'ont jamais obligé de suspendre la médication.

Nous rappelons que pour éviter des inflammations superficielles, il faut enfoncer l'aiguille profondément dans les tissus, précepte applicable du reste à toutes les injections hypodermiques.

L'on peut très bien injecter *un centigramme* de sublimé par jour en une seule fois. Il est cependant prudent de com-

mencer par des injections d'un demi-centigramme pour tâter le terrain.

En faisant prendre au malade en même temps de l'iodure de potassium à l'intérieur, on a là une médication mixte d'une action remarquable.

Je ne voudrais pas me laisser aller à l'engouement attaché souvent aux moyens nouvellement préconisés : je ne puis cependant m'empêcher d'augurer très bien de cette nouvelle méthode, si rationnelle et si facile.

Nous n'osons pas nous prononcer de la même manière sur les injections de *pilocarpine* qu'on expérimente et prône beaucoup en ce moment en Allemagne. Nous n'avons encore aucune observation émanant de nos hôpitaux, et cela nous commande une grande réserve. Nous nous tenons au courant de la question et si les faits avancés se confirment par des recherches chez nous, nos lecteurs ne tarderont pas à en avoir immédiatement connaissance. — (*Journal de Thérapeutique*,) No. 1, 10 janvier 1881.

Accidents diathésiques chez les sujets auxquels on a percé les oreilles.

Par M. C. PAUL.

C'est à coup sûr une opération bien simple que cette petite perforation du lobule auriculaire, réclamée tous les jours par la coquetterie féminine pour le plaisir de porter des boucles d'oreilles. Le plus souvent elle est pratiquée par les bijoutiers, car les médecins ne la jugent pas digne de leur habileté ; et cependant elle offre dans certains cas des inconvénients assez sérieux qui vont à l'encontre même de cette coquetterie.

C'est il y a quinze ans environ que l'attention de *M. C. Paul*, l'auteur de l'intéressante communication dont nous allons donner l'analyse, fut attirée sur ce fait, et, depuis lors, il a pu recueillir facilement 120 observations qui démontrent manifestement que ces manifestations scrofuleuses, par exemple, peuvent quelquefois se développer sur le lobule de l'o-

reille aussitôt que celui-ci vient à être traversé par l'anneau de boucle d'oreille. Il s'agit dans l'espèce de scrofulides bénignes, d'eczéma par exemple, plus ou moins envahissant, et d'ulcérations qui déforment le lobule ou le laisse tout courturé. Les boucles d'oreille, en effet, sectionnent souvent complètement le lobule, comme le ferait la chaîne d'un écraseur ; il en résulte ou bien une cicatrice linéaire assez apparente, ou bien une division en lobules secondaires par défaut de réunion. L'opération est donc manquée ; mais maintenant plus que jamais la jeune fille va tenir à ce que ses oreilles soient à nouveau percées, pour masquer à l'aide du bijou qu'elle portera d'aussi vilaines déformations. Eh bien, de nouveau, les mêmes accidents se reproduiront : de telle sorte que, pour peu qu'on s'acharne à poursuivre un succès qui toujours échappe, le malheureux lobule finit par devenir un tissu de cicatrices. M. Paul a vu jusqu'à huit lignes cicatricielles chez la même femme.

Pareils faits ont été notés également par *M. Féréol*.

Quel traitement faut-il opposer à de pareils accidents ?

C. Paul a toujours échoué dans ses essais de réunion, et il ajoute que pas davantage il ne faut compter sur une opération autoplastique. On commencera, dit-il, par enlever la boucle d'oreille pour la remplacer par un simple fil, puis on s'efforcera de combattre l'élément diathésique et ses effets locaux par un traitement approprié. Si le fil menace d'agrandir l'ulcération, on le supprime et l'on attend pour percer à nouveau l'oreille que la constitution ait été modifiée.

M. Féréol, après divers essais infructueux à l'aide de fils métalliques, a trouvé qu'on avait le plus de chances possibles d'éviter l'ulcération en engageant dans la perforation du lobule un bout de bougie filiforme en gomme. On simule une boucle d'oreille avec cette bougie.

D'ailleurs le traitement peut être fort long ; on l'a vu durer jusqu'à treize mois ! — (*Gazette hebdomadaire*).

Disposition vicieuse des tuyaux de fumée. — Accidents mortels.

Note fort importante de M. DESCORT.

Le 25 novembre 1879, un jeune homme de 20 ans, employé chez un industriel, et bien portant la veille, fut trouvé mort dans son lit.

L'autopsie fut ordonnée, afin de déterminer les causes de cette mort imprévue. Il n'existait aucune lésion viscérale chronique ou aiguë pouvant l'expliquer. Cependant la couleur du sang était si rutilante que l'idée d'une intoxication par l'oxyde de carbone se présenta aussitôt à notre esprit. L'analyse spectrale, faite séance tenante, montra que les deux raies caractéristiques de l'hémoglobine oxygénée ne subissaient, en présence du sulfhydrate d'ammoniaque pur, aucun phénomène de réduction. Le sang de ce jeune homme, au lieu d'hémoglobine oxygénée réductible, contenait donc de l'hémoglobine oxycarbonique. La mort était donc le résultat d'une intoxication par l'oxyde de carbone.

On découvrit que l'oxyde de carbone était venu d'une cheminée située à l'étage inférieur, par une fissure.

E. *Brouardel* a constaté la mort d'un ouvrier par oxyde de carbone : à la tête de son lit, où il fut trouvé mort, passait un tuyau de cheminée fissuré.

M. *Juval* fait observer qu'il faut, en effet, bien peu d'oxyde de carbone pour tuer. 1/500^e de ce gaz mêlé à l'atmosphère tue un oiseau.

M. *Boutmy* cite des accidents semblables résultant de l'établissement dans une cheminée sans feu, d'un courant d'air descendant, qui amène les produits de la combustion d'une autre cheminée dont le tuyau communique. — (*Journal de Thérapeutique*, N^o 3, 10 Février 1881.)

Du rhumatisme cérébral et de son traitement par les bains froids.

Par le docteur WOILLEZ, membre de l'Académie de médecine.

I. Les termes de *rhumatisme cérébral* ont un sens qui a été différemment compris depuis que ces expressions ont été proposées par Hervez de Chégoin, pour exprimer les manifestations du rhumatisme survenant vers le cerveau dans le cours du rhumatisme.

C'est à la Société médicale des hôpitaux de Paris que l'on doit d'en avoir fixé la véritable signification dans le cours de plusieurs discussions importantes en 1851, 1853 et 1856. Ces discussions, vous vous le rappelez sans doute, avaient eu pour point de départ un fait de méningite vérifiée par l'autopsie. Il avait été communiqué à cette Société à la fin de 1850 par Requin et Gosset.

Beaucoup de nos collègues des hôpitaux prirent une part active aux discussions qui suivirent, et il me suffira, pour montrer l'importance que l'on attachait au sujet traité, de citer les noms de Valleix, Aran, Beau, Béhier, Brichteau, Gubler, Vigla, Hervez de Chégoin; Guillot, Legroux, Becquerel, que la mort a malheureusement déjà frappés, et MM. Bourdon, Hardy, H. Roger, G. Sée, Marrotte, Moutard-Martin, etc. (1). Je ne saurais oublier de rappeler qu'en dehors de la Société médicale des hôpitaux, notre très vénéré collègue M. Bouillaud, à qui l'étude du rhumatisme a toujours été si familière, avait également traité, avec le docteur Aubertin, cette question de l'encéphalopathie rhumatismale. Mais je serais entraîné trop loin si je voulais rappeler tout ce qui a été publié à ce sujet. Je ne puis que renvoyer, pour un historique plus complet, à l'excellente monographie du rhumatisme insérée dans le *Dictionnaire encyclopédique*, par le docteur Ernest Besnier, à qui l'on doit les remarquables statistiques trimestrielles sur les maladies régnantes depuis plus de douze ans.

(1) Je renvoie au *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, pour ce qui concerne mes citations relatives à ces discussions.

Je reviens aux longues discussions qui eurent lieu, ai-je dit, à la Société médicale des hôpitaux. Elles se firent remarquer, au début surtout, par des polémiques confuses, qui portèrent principalement sur la nature inflammatoire du rhumatisme, admise par les uns, niée par les autres. Et lorsqu'on abordait la question particulière des phénomènes cérébraux, c'était pour se perdre dans des explications étiologiques erronées. Ces phénomènes cérébraux furent considérés d'abord comme des méningites ; comme de simples accidents fébriles semblables à ceux des autres maladies aiguës ; puis comme l'effet de certaines médications agissant sur les centres nerveux ; comme la conséquence des endopéricardites, ainsi que l'avait cru d'abord M. Bouillaud. C'étaient, pour Vigla, des troubles nerveux ataxiques, et pour Aran, qui eut le malheur de succomber à cette affection, l'encéphalopathie était un phénomène urémique. Ce n'est qu'à la longueur du temps que la vérité finit par se faire jour.

Et cependant, dès 1853, M. Boudon, notre éminent collègue, avait posé la question sur son véritable terrain, en faisant observer que l'inflammation méningitique existait seulement comme une exception. Il avait recueilli un fait d'encéphalopathie rhumatismale mortelle dont il avait rapproché quinze observations trouvées dans différents auteurs, et dans tous ces cas ni les lésions ni les symptômes de la méningite ne s'étaient montrés. Dans tous sans exception la mort, plus ou moins rapidement survenue, avait été précédée d'excitation cérébrale, de délire et de coma.

Cette note, qui spécialisait les symptômes et le pronostic du vrai rhumatisme cérébral en dehors de la méningite, sembla d'abord passer inaperçue. Mais Bricheteau, en prononçant le mot de *métastase*, entra dans le vif de la question. Cette remarque de Bricheteau n'eut néanmoins aucun succès ; et il a fallu la multiplication des faits, pour que l'on ait pu arriver à préciser, dans le même sens que lui, les données du problème pathologique. La métastase, en effet, que l'on ne saurait accepter avec l'explication humorique de la

vieille médecine, doit être admise ici, comme une réalité pratique, comme une manifestation rhumatismale se substituant à la manifestation articulaire de la maladie.

Malheureusement les lésions anatomiques, qui sont des manifestations si utiles pour éclairer sur la nature des maladies en général, ne permettaient pas une distinction précise du rhumatisme cérébral. Ces lésions constatées, prises dans leur ensemble, ont été très disparates ; aussi ont-elles démontré que l'on ne pouvait rattacher cette affection à une lésion spéciale. L'hyperhémie, ou l'anémie, les épanchements séreux, très rarement des exsudats inflammatoires, et très fréquemment, au contraire, c'est là le point important, l'absence de toute altération cérébrale visible à l'œil nu (1) : telles sont, succinctement rappelées, les constatations anatomiques qui ont pu être faites dans les nombreuses nécropsies qui ont suivi les cas de mort.

L'absence de lésions apparentes, ou l'existence de lésions visibles seulement au microscope, voilà le fait capital, le lien de la plupart des faits, sur lequel il faut insister. Il n'y a pas lieu de croire que l'absence de lésions microscopiques soit la conséquence de la rapidité des accidents mortels qui empêcherait leur évolution ou leur formation ; car il y a des observations qui démentent cette manière de voir. Celle que le Dr Lemaestre, alors interne de M. Marrotte, a communiquée en juin 1853 à la Société médicale des hôpitaux, est des plus probantes : aucune lésion apparente n'a pu être constatée au niveau des centres nerveux, malgré la durée de plusieurs jours de l'affection, et malgré l'existence non seulement du délire, mais encore de convulsions et d'un opisthotonos pouvant faire croire pendant la vie à une lésion du cerveau ou de la moelle épinière.

II. Par suite de la diversité de l'état anatomo-pathologique

(2) Je mets ici de côté les lésions histologiques qui ont démontré le processus rhumatismal dans le cerveau. Ollivier et Ranvier, Liouville, ainsi que E. Besnier, ont constaté des lésions dans les vaisseaux capillaires les plus fins du cerveau.

du cerveau, constatée par les observateurs, il y a eu, dans la description des symptômes, une confusion d'abord inévitable. On a fait un seul groupe de tous les phénomènes morbides, aigus ou chroniques, pouvant avoir l'organe encéphalique pour point de départ, tels que la céphalalgie, le délire, les convulsions, le coma et jusqu'à la folie rhumatismale signalée par le docteur Mesnet.

On a cru à l'existence d'une simple méningite plus ou moins avancée, en raison du délire et des convulsions, dans les cas très rares où l'état convulsif existait. On a considéré les accidents comme apoplectiformes, en vue de la rapidité de la mort et de l'existence du coma suivi de mort; et il faut reconnaître que le résultat d'un petit nombre d'autopsies, où l'on constatait des exsudats inflammatoires ou des suffusions sanguines, semblait légitimer cette manière de voir. Mais la seule rareté de ces lésions montrait que ce n'était pas là une explication suffisante des phénomènes observés, pas plus que le pus trouvé quelquefois dans les grandes articulations n'est la lésion fondamentale du rhumatisme articulaire.

Lorsque, dans les dernières années, l'emploi du thermomètre prit place dans la pratique, on a pu noter qu'à l'existence du délire venait se joindre une hyperthermie axillaire atteignant 40 degrés, 41,5, même 42 degrés, et l'on y a vu un signe distinctif précieux du rhumatisme cérébral.

La caractéristique de cette affection apparaissant dans le cours du rhumatisme articulaire aigu nous semble donc offrir trois éléments distinctifs importants : le délire, la disparition de la fluxion articulaire et l'hyperthermie.

On retrouve cette netteté de caractères dans la plupart des faits de rhumatisme cérébral. La fluxion articulaire diminue sensiblement ou disparaît en même temps que le délire se montre, et elle revient dès que les phénomènes délirants cessent. Il a été communiqué à la Société clinique une observation dans laquelle le délire survenait par accès, et la diminution notable de la fluxion articulaire avait subitement lieu au moment de l'apparition du délire, et cette fluxion revenait dès que le délire cessait.

Je dois ajouter que l'on a rencontré des rhumatisants chez lesquels le délire s'est montré avec la persistance de la fluxion des articulations. Mais étaient-ce bien là des exemples de rhumatisme cérébral ? ou bien ces faits rentrent-ils dans la classe des délires nerveux, alcooliques ou fébriles, observés dans le cours des autres maladies aiguës ? C'est ce que l'état actuel de la science ne permet pas encore de décider.

Les délires avec persistance complète des fluxions articulaires sont des exceptions rarement observées dans le cours du rhumatisme articulaire aigu. Il faut donc avoir pour objectif les faits les plus fréquents, les plus vulgaires, peut-on dire, tant ils forment un groupe distinct dans la pratique, et qui sont ceux dont je viens de donner la formule symptomatique.

Le délire du rhumatisme cérébral ainsi compris est souvent léger et fugace au premier moment ; d'autres fois il est rapidement intense. La fluxion articulaire tantôt disparaît rapidement dès qu'il se montre, et tantôt diminue seulement d'intensité, toujours d'une manière manifeste et en rendant les mouvements plus faciles.

III. Tout le monde est d'accord, il me semble, pour considérer le rhumatisme cérébral avec délire et hyperthermie coïncidant avec l'apaisement des manifestations articulaires comme une affection des plus graves, puisqu'elle entraîne presque toujours la mort, si l'on n'intervient pas par un traitement efficace, ou si l'on fait de l'expectation. Quel est le traitement efficace qui doit modifier ce pronostic funeste ? Quelle est la thérapeutique qui peut faire d'une affection presque fatalement mortelle une affection sûrement curable.

Pour répondre à cette question de vie ou de mort, il convient d'examiner les faits en les divisant en deux groupes qui répondent à deux époques distinctes : l'une, qui a pour point de départ la mise à l'ordre du jour de la question du rhumatisme cérébral en 1859, et se prolongeant jusqu'à 1870 ; la seconde, qui s'est écoulée depuis 1870 jusqu'à nous.

Dans la première de ces phases le rhumatisme cérébral était à l'étude ; mais il avait pour caractère incontesté d'occasionner la mort avec une désespérante régularité. Un habile praticien, qui a fait trop peu de temps partie de cette Académie, le docteur Vigla, était le médecin qui savait le mieux quel terrible pronostic il fallait porter sur les accidents délirants survenus dans le rhumatisme articulaire aigu. Il était, en effet, médecin de l'ancienne Maison municipale de santé, où l'on avait le triste privilège de voir éclater plus fréquemment qu'ailleurs le rhumatisme cérébral. En 1852, par exemple, il eut à traiter soixante-cinq rhumatisants sur lesquels il compta cinq encéphalopathies rhumatismales suivies rapidement de mort (soit 1/13).

Il ne se passait pas alors d'année, dans cette maison de santé, sans que l'on y fût témoin de faits relativement nombreux de ce genre. J'ai pu le constater moi-même lorsque, pendant cinq mois, en 1856 et 1857, j'eus à remplacer Vigla dans son service comme médecin du bureau central. Je me trouvais alors, à la fin de 1856, en rapport avec M. Luys, interne du service, notre collègue aujourd'hui ; et au commencement de l'année suivante, avec M. Duhomme, également interne à la Maison de santé, et aujourd'hui médecin distingué de Paris. L'un et l'autre confirmeraient au besoin la fréquence insolite des complications cérébrales du rhumatisme dans cet établissement, car chacun d'eux m'a affirmé en avoir observé une dizaine de cas au moins pendant son année d'internat.

Quel que fût alors le traitement employé, la mort survenait dans les vingt-quatre ou quarante-huit heures qui suivaient l'apparition du délire. Je fus, pour ma part, témoin de quatre cas au moins de ces faits malheureux.

On voyait le matin à la visite un malade atteint de rhumatisme articulaire aigu accuser un mieux notable dans les articulations, en se plaignant d'avoir eu la nuit précédente quelques troubles intellectuels, être repris dans la journée de délire suivi de coma, et le lendemain son lit était vide :

le malheureux était mort. Un autre se disait guéri depuis quelques heures de son rhumatisme articulaire, et il agitait ses membres pour le démontrer ; mais il présentait en même temps un léger trouble délirant qui faisait porter un pronostic fatal, justifié dans les vingt-quatre heures. Chez d'autres le délire était plus accentué, plus bruyant, coïncidant toujours avec la cessation de la fluxion articulaire, mais toujours suivi également de coma et de mort.

Je fus ainsi, pendant mon passage dans cet établissement, le témoin affligé et impuissant de ces morts rapides que rien ne pouvait empêcher, et j'acquis la triste expérience du rôle expectant que jouait forcément le médecin en présence des faits de ce genre. Mais beaucoup de praticiens des plus recommandables considéraient encore les accidents cérébraux en question comme une conséquence transitoire et peu grave des troubles fébriles. Et pourtant le rhumatisme cérébral on le pense bien, ne manquait pas de se rencontrer dans la clientèle particulière. Pour ma part, j'en observai plusieurs dont j'avais appris à connaître l'extrême gravité.

Je puis rappeler à ce sujet le fait d'une demoiselle créole, d'une magnifique santé habituelle, et que je traitais depuis une dizaine de jours d'un rhumatisme polyarticulaire avec fièvre intense. La malade manifestait une excitation en rapport avec son caractère volontaire et impérieux ; mais cette excitation fit bientôt place à un véritable délire. Ce délire, coïncidant avec le retour de la liberté des mouvements des articulations d'abord affectées, me fit formuler un pronostic funeste.

Je fis part de mes vives inquiétudes à la famille et je provoquai une consultation avec deux éminents cliniciens, qui ont occupé l'un et l'autre une position exceptionnelle dans cette Académie. Je ne pus leur faire partager mes craintes et ils persistèrent à voir dans le délire un accident fébrile devant être passager, comme le délire de la pneumonie. Mais la malade fut prise de coma dans la nuit et elle succomba.

J'eus malheureusement l'occasion d'observer d'autres tristes

faits de ce genre dans ma pratique et, entre autres, celui d'un jeune homme rhumatisant chez lequel les accidents cérébraux (délire et coma) ne durèrent pas plus de deux heures. Ce malade en était à sa seconde attaque de rhumatisme articulaire et il n'avait été traité que par des moyens externes. Le docteur Bourdon a cité plusieurs faits analogues et, entre autres, un malade chez lequel l'affection n'eut qu'une heure et demie de durée.

Au milieu de ce sombre et attristant tableau de morts répétées que rien ne semblait avoir pu conjurer, on trouve cependant un petit nombre de guérisons qui doivent fixer l'attention. Il est intéressant, en effet, d'y rechercher les conditions qui ont pu favoriser la résolution des accidents cérébraux. Ces conditions, nous pouvons les trouver dans les signes de l'affection et dans le traitement auquel on a eu recours.

J'ai pu réunir sept cas de guérison dans cette période néfaste qui est antérieure à l'année 1870. Malheureusement la plupart d'entre eux sont très incomplets au point de vue des signes du rhumatisme cérébral. Le délire a bien été observé dans tous les cas ; mais dans aucun il n'a pu être question de l'hyperthermie ; et, de plus, chez certains malades observés, il y a eu persistance des douleurs et de la fluxion des articulations. Cette persistance démontre que la manifestation rhumatismale vers le cerveau ne s'est pas alors substituée à la manifestation articulaire, condition bien constatée de la gravité du rhumatisme cérébral. Peut-on croire qu'il y a eu ici délire bénin intercurrent, comme celui observé dans certaines maladies aiguës ?

L'insuffisance des faits publiés ne permet pas de trancher la question par l'affirmative.

Quoi qu'il en soit, voyons quel est celui des traitements suivis ayant pu favoriser la guérison dans les sept faits publiés.

Deux malades de Beau et de Ferrus (de Briançon) ont été seulement cités dans une des discussions à la Société médi-

cale des hôpitaux. Ces deux malades guérissent à la suite de l'application d'un vésicatoire sur la tête. Ces deux citations offrent peu d'intérêt. Mais il n'en est pas de même de la remarquable observation rapportée, en janvier 1857, par M. Marotte. 20 sangsues furent appliquées en deux fois derrière les oreilles. Le calomel à l'intérieur, de larges vésicatoires sur deux grosses articulations, d'où la fluxion articulaire avait disparu, et de nombreux sinapismes aux membres inférieurs surtout dans le voisinage des articulations : telle fut la médication employée. Le délire avait cessé trois jours après son apparition, en même temps que les douleurs revenaient et que se développait une endocardite.

Il est évident que, dans ce cas, les révulsifs extérieurs et l'apparition d'une endocardite, toute espèce de révulsion puissante, ont dû contribuer à faire disparaître la manifestation rhumatismale délirante.

Vigla a publié deux cas de guérison (obs. V et VI de son mémoire) dans lesquels la disparition du délire a suivi l'administration de 5 centigrammes d'extrait thébaïque.

L'observation due au docteur Stechler (de Mulhouse), citée par M. G. Sée, est un exemple de guérison par six affusions hydrothérapiques. Les articulations étaient restées douloureuses pendant l'apparition du délire.

Un autre exemple de guérison par l'eau froide, plus ancien, puisqu'il date du commencement du siècle, est dû à Giannini. Gubler qui l'a rappelé en 1858, dit à cette occasion que de semblables faits « peuvent encourager à conseiller l'eau froide contre le rhumatisme cérébral ». Ce conseil de Gubler n'a-t-il pas eu quelque influence sur les essais ultérieurs de Wilson Fox en Angleterre ? Il est permis de le penser.

Les conclusions que l'on pourrait tirer de ces observations contradictoires ne peuvent avoir aucune précision.

Au point de vue des symptômes, on peut conclure que les délires, survenant dans le cours du rhumatisme articulaire aigu, ont paru être moins grave quand la douleur et la

fluxion des grosses articulations persistaient pendant la durée du délire que lorsque la fluxion articulaire disparaissait.

Quant aux données fournies par le traitement, on ne saurait en induire rien de bien satisfaisant. L'opium, les révulsifs, la réfrigération générale s'y trouvent en présence. Mais nous allons voir que les réfrigérations, et en particulier les bains froids, ont une efficacité supérieure à celle de toutes les autres médications. Grâce à leur emploi, comme je l'ai dit en commençant, le rhumatisme cérébral, d'abord presque constamment mortel, est devenu presque constamment curable. C'est ce que démontrent les faits nombreux qui ont été observés en 1870, c'est-à-dire dans la seconde période du traitement dont il me reste à parler.

A partir de cette année 1870, l'emploi du thermomètre ayant fait constater une hyperthermie de 40 degrés au moins dans cette affection, comme je l'ai rappelé, on a vu dans cette surélévation le signe du plus grand danger qui menace le malade atteint de rhumatisme cérébral. Quoique l'on ne puisse accepter cette manière de voir comme absolue, elle ne doit pas moins être considérée comme l'heureux point de départ de la médication la plus utile qui ait été opposée au rhumatisme cérébral, dans la seconde phase thérapeutique qu'il me reste à examiner.

L'application extérieure des réfrigérants dans le rhumatisme est déjà ancienne ; mais c'est simplement depuis une dizaine d'années où l'on a pu se baser sur l'emploi du thermomètre pour mesurer l'excès de chaleur, que l'on a été plus confiant dans cette médication, et que les faits heureux se sont multipliés.

En 1871, Wilson Fox publia trois observations de rhumatisme cérébral dans lesquels il appliqua le froid, et il obtint deux guérisons. Dans son mémoire, que le professeur Lasèque fit connaître en France l'année suivante, dans les *Archives de médecine*, le praticien anglais posait en principe que le chiffre de 41 degrés annonce toujours une terminaison fatale. Le docteur Sydney Ringer, en 1873, appela l'attention sur

l'hyperpyrexie comme étant l'indication particulière de l'emploi des bains et des applications froides dans le rhumatisme, et enfin Southey et Gull rapportèrent de leur côté deux observations de rhumatisme cérébral combattu avec succès par la réfrigération, en se basant sur l'élévation insolite de la température du corps.

Ces différents faits étaient très peu connus en France lorsque notre collègue, M. Maurice Raynaud, fit pour la première fois, en 1874, l'application du traitement du rhumatisme cérébral par les bains froids. A propos de la guérison qu'il obtint, il publia dans le *Journal de thérapeutique* un mémoire fort remarqué, tant par la nouveauté du sujet parmi nous que par les utiles considérations qu'il contient. Cette publication est un honneur pour notre savant collègue ; car c'est à elle que l'on doit les nombreuses guérisons du rhumatisme cérébral par les bains froids qui depuis ont été obtenues en France.

Il ressort de ce travail que l'immersion dans les bains froids, en présence d'une affection à marche souvent foudroyante, qui peut tuer en quelques heures, a l'avantage, sur tout autre traitement, d'une action dont la promptitude et l'efficacité ne laissent rien à désirer.

Il peut paraître insensé, au premier abord, d'avoir recours à l'action du froid contre le rhumatisme articulaire aigu, dont la cause occasionnelle est habituellement un refroidissement. Mais nous n'avons qu'à mettre en présence des faits lamentables dont il a été question, les exemples de guérisons remarquables dues manifestement à l'emploi des bains froids, pour nous convaincre que, si la chirurgie a des hardiesses heureuses, la médecine peut aussi avoir les siennes.

Dans le cours de l'année 1875, qui suivit celle de la publication du mémoire de M. Maurice Raynaud, les faits de guérison se multiplièrent. D'abord le docteur Blachez, se rappelant le beau succès du docteur Raynaud, et se trouvant en présence d'une dame rhumatisante chez laquelle étaient apparues des accidents cérébraux des plus graves, obtint une

guérison qui eut un juste retentissement. Il en résulta que l'on n'hésita plus autant à employer les bains froids dans le rhumatisme cérébral. Dans cette même année 1875, MM. Féréol, Vallin, Colrat (de Lyon) publièrent des observations suivies de guérison, et j'obtins moi-même deux succès de ce genre encore inédits, et que je rapporterai tout à l'heure. Enfin la thèse d'agrégation du docteur Ducastel, publiée à la même époque, montra que sur 33 cas de rhumatisme cérébral, publiés depuis le travail de Wilson Fox en 1866, on en comptait 19 traités par les moyens ordinaires et suivis tous de morts, tandis que, sur les 14 autres traités par les bains froids, on avait obtenu 10 guérisons, et compté seulement 4 morts.

Je crois que cette statistique aurait été plus favorable encore si elle n'avait compris que des faits à forme délirante, semblables à ceux que j'ai en vue dans cette communication. Depuis que j'emploie les bains froids dans le rhumatisme cérébral de cette forme, la seule que j'aie rencontrée en ville et dans les hôpitaux, je n'ai eu, en effet, que des succès à signaler. Ils sont au nombre de cinq, et tous inédits. Je ne prétends pas que l'on ne puisse opposer à ce résultat une observation suivie de mort ; mais ce serait une exception qui n'infirmerait nullement la règle, et il y aurait à prouver que la mort aurait pu être provoquée par les bains froids ; c'est ce que, malgré mes recherches, je n'ai vu se produire nulle part.

La première observation que j'ai recueillie remonte au 24 avril 1865, deux mois après la publication du fait du docteur Blachez dans la *Gazette hebdomadaire*. Je reviendrai tout à l'heure sur cette première observation, et je rapporterai d'abord l'histoire de ma seconde malade, dont la guérison a été des plus remarquables, et auprès de laquelle j'ai été appelé le 16 juin de la même année

C'était une dame M..., demeurant rue de Joinville, à la Villette, et que je vis avec le docteur Savornin, qui lui donnait ses soins.

Cette dame, d'une forte constitution et d'une bonne santé habituelle, était âgée de trente-huit ans et encore bien réglée. En 1873, elle avait été légèrement affectée de rhumatisme articulaire ; mais au commencement du mois où je la vis elle avait été atteinte de nouveau, et cette fois avec une gravité exceptionnelle.

Le 15 juin, le rhumatisme avait envahi quatre ou cinq grosses articulations et celles des doigts. Il existait une fièvre intense qui s'expliquait non seulement par la gravité du rhumatisme articulaire, mais encore par une complication d'endopéricardite des plus manifestes. Je la vis pour la première fois le lendemain, 16 juin, et je constatai non seulement la complication de l'endopéricardite, caractérisée par un souffle cardiaque et du bruit de frottement, mais encore une pneumonie de la base du poumon droit. Des ventouses furent appliquées sans amélioration sensible.

Jusqu'alors les articulations étaient le siège de la fluxion rhumatismale. Mais le jour suivant, le 17 juin, les articulations deviennent libres et les mouvements faciles, en même temps qu'apparaît du délire, de l'agitation et une fièvre ardente ; le pouls est à 140 ; la température axillaire est à 41 degrés. Je vois la malade le lendemain matin, avec le même délire et les mêmes complications intrathoraciques, qui nous font porter un pronostic fatal. Je conseille, comme moyen ultime, et sans compter sur la réussite, je l'avoue, l'emploi des bains froids à 20 degrés centigrades et donnés de trois en trois heures jusqu'au retour de la fluxion articulaire.

Le lendemain, je crus la malade morte en voyant la baignoire à la porte de l'appartement ; mais il n'en était rien. Il y avait eu, au contraire, une très grande amélioration. Les bains avaient été administrés, malgré les difficultés résultant de l'agitation extrême de la maladie et de sa forte corpulence, qui avait nécessité le concours de six personnes pour chaque immersion. Après le premier bain de quelques minutes, pris jusqu'à l'apparition de frissons avec tremblement, la patiente avait eu moins d'agitation ; après le

deuxième bain, trois heures après le premier, l'amélioration avait été plus prolongée, et enfin, après le troisième, il y avait eu un repos et du sommeil pendant quelques heures, et, en même temps, les phénomènes locaux articulaires du rhumatisme étaient revenus au niveau du genou gauche.

Tout délire avait disparu. Il éclata cependant de nouveau le 21 juin, quatre jours après le premier accès, avec recrudescence de la fièvre, nouveau retour de la liberté articulaire, et hyperthermie axillaire au-dessus de 40 degrés. Le bain froid eut encore raison rapidement de cette nouvelle atteinte de rhumatisme cérébral ; l'amélioration générale reprit son cours, et, le 2 juillet, nous constatâmes la disparition de tous les accidents articulaires, thoraciques et cérébraux.

Quinze jours plus tard, la malade partait en convalescence pour la campagne.

En résumé, une femme, âgée de trente-huit ans, atteinte d'un rhumatisme articulaire aigu, compliqué d'endopéricardite et d'une pneumonie droite, fut prise en même temps, vers le quinzième jour de la maladie, d'une encéphalopathie délirante qui s'améliora sous l'influence des bains froids, et la guérison eut lieu malgré la coïncidence des complications thoraciques qui m'auraient fait hésiter à prescrire l'eau froide, si je ne l'avais pas considérée comme un va-tout thérapeutique, en présence d'une situation que je jugeais désespérée. Le succès vint démontrer d'une manière éclatante l'efficacité de la médication dans les cas les plus graves, et son innocuité au point de vue des manifestations cardiaques ou pulmonaires concomitantes.

J'avais été encouragé à l'emploi des bains froids, dans ce fait si gravement compliqué, par la première guérison que j'avais obtenue quelques mois auparavant, et dont il a été question.

Il s'agissait d'une femme d'une trentaine d'années, atteinte d'un rhumatisme aigu polyarticulaire, et auprès de laquelle je fus appelé, rue du Temple, 54, par le docteur Boichox. Il existait chez la malade un délire avec retour de la liberté des

grosses articulations d'abord envahies. J'avais un vif souvenir du succès récent du docteur Blachez, et j'hésitai d'autant moins à conseiller l'emploi immédiat des immersions froides, que cette femme habitait et dirigeait avec son mari un établissement de bains. La guérison fut rapide ; je ne saurais donner des détails de ce fait, aucune note n'ayant été prise.

J'eus, pour la troisième fois, occasion, l'année suivante, d'avoir recours aux bains froids pour un rhumatisme cérébral dans ma clientèle. C'est encore à la Villette que je fus appelé auprès d'une dame atteinte de rhumatisme cérébral survenu la veille, et qui recevait aussi les soins du docteur Savornin. C'est un exemple très remarquable de la rapidité de la guérison dans certains cas.

La malade atteinte de rhumatisme articulaire aigu qui est le sujet de cette observation, habitait rue de Flandres, au numéro 47, où son mari tenait un débit de vins. Je fus appelé auprès d'elle le 12 décembre 1876. Je la trouvai en proie à du délire qui n'avait pas les caractères d'un délire alcoolique, et il me fut affirmé de la façon la plus positive que jamais elle n'avait fait usage de boissons fermentées. Ce délire coïncidait avec la disparition presque complète des phénomènes articulaires. La température axillaire était très élevée, puisqu'elle atteignait 41°,4. Les bains froids à 20 degrés furent donnés toutes les trois heures, et dès le soir du même jour la fluxion articulaire avait reparu, le délire avait cessé, et la température était abaissée de près de 3 degrés ; elle était de 38°,6. On cessa l'usage des bains, et la maladie marcha rapidement vers la guérison, malgré l'élévation du thermomètre à 39 degrés au moins, qui se fit trois fois d'une façon passagère. Voici le relevé des températures qui furent notées avec soin par le docteur Savornin, matin et soir pendant six jours, puis le matin seulement jusqu'au onzième jour après ma visite.

	Matin.	Soir.
12 décembre.....	41°,4	38°,6
13 —	38,4	39,6
14 —	39	38,8
15 —	38,8	39,2
16 —	38,8	38,6
17 —	38,2	38,2
18 —	37,8	
19 —	37,4	
20 —	37,4	
21 —	37,5	
22 —	37,0	

En outre de ces trois cas de guérison observés dans ma pratique, j'ai eu encore deux fois l'occasion de constater, dans les hôpitaux, la guérison rapide du rhumatisme cérébral, survenant dans les mêmes conditions que dans les observations que je viens de rappeler.

A la Charité, notre excellent collègue le docteur Bourdon m'a procuré l'occasion d'en constater un nouvel exemple des plus remarquables. Ayant eu par moi connaissance du fait intéressant de la Villette que j'ai rapporté tout à l'heure, et dans lequel de graves complications thoraciques n'avaient pas empêché la guérison de l'encéphalopathie rhumatismale, il voulut bien me demander mon avis sur le fait d'un jeune homme admis depuis peu de jours dans sa division. Il était affecté d'un rhumatisme articulaire fébrile, compliqué de pleurésie avec épanchement, et il venait d'être atteint d'accidents cérébraux. A l'apparition du délire, on avait vu disparaître la fluxion des grosses articulations, et la facilité des mouvements revenir; tandis que la température axillaire était notablement élevée. L'existence de la pleurésie faisait hésiter notre confrère pour l'emploi des bains froids; mais comme cette complication ne nous paraissait pas plus grave que l'endopéricardite et la pneumonie de la malade dont je lui avais raconté l'histoire, les bains à 20 degrés furent prescrits, et, dès le lendemain, les accidents cérébraux avaient disparu, les articulations étaient prises de nouveau; et l'épanchement pleurétique, loin de s'aggraver, guérit assez rapidement, ainsi que le rhumatisme articulaire.

Tels sont les faits qu'il m'a paru intéressant de faire connaître. Ils nous montrent d'abord, à une époque antérieure à l'usage des bains froids, des malades atteints d'encéphalopathie rhumatismale délirante succombant rapidement, malgré tous les efforts du médecin, navré d'être le spectateur impuissant de cette mortalité fatale. D'autre part nous avons le consolant spectacle de la guérison, même dans les cas en apparence les plus graves, par l'emploi des bains froids ; et cette guérison se répète avec une telle constance, que cette médication s'impose au praticien en lui fournissant l'occasion de triomphes chers à son intelligence et souvent à son cœur.

Depuis que j'ai utilisé cette médication, je n'ai jamais eu à regretter de l'avoir employée, puisqu'elle m'a constamment réussi ; tandis que, au contraire, j'ai eu deux fois le profond regret de voir le malade succomber dans les vingt quatre heures, en l'absence du traitement par les bains froids ; voici dans quelles circonstances :

Une jeune femme de chambre entrée à la Charité, dans ma division, avec un rhumatisme articulaire aigu ayant débuté environ huit jours auparavant, éprouva, peu après son admission, des phénomènes cérébraux délirants, en apparence peu graves, mais avec le cortège des autres phénomènes caractéristiques du rhumatisme cérébral que j'ai rappelés. Je prescrivis immédiatement des bains froids à 20 degrés. Par une négligence impardonnable de la part de l'infirmier chargé de l'administration des bains dans les salles, aucun bain ne fut administré, sous prétexte du mauvais état du thermomètre. A ma visite du lendemain, j'appris la négligence commise, et en même temps la mort de la pauvre malade.

Dans un autre cas observé en ville, peu de temps après la communication intéressante du professeur Germain Sée à cette Académie sur l'emploi du salicylate de soude dans la goutte et le rhumatisme, j'attribue également la mort à l'abstention de l'emploi des bains froids.

C'était le 19 juillet 1877. Je vis, rue de Richelieu, un

malade soigné par le docteur Blumenthal, et qui était atteint d'un rhumatisme articulaire aigu très douloureux. Il prenait 6 grammes de salicylate de soude par jour, et il en était résulté une atténuation très sensible dans les douleurs articulaires. Mais, en même temps, il était survenu du délire avec une assez grande agitation. Quand je vis le malade, cette complication durait depuis quelques jours. Je songeai immédiatement aux bains froids ; cependant j'hésitai à les conseiller formellement en présence de la durée antérieure du délire sans accident depuis plusieurs jours, et dans l'incertitude où j'étais sur la cause de l'atténuation de la fluxion articulaire, qu'on pouvait aussi bien attribuer à l'emploi du salicylate qu'à l'encéphalopathie délirante. D'ailleurs, devant l'assurance que me donna mon confrère de l'atténuation sensible des accidents délirants depuis la veille, atténuation qu'il attribuait à la continuation de l'emploi du sel salicylique, je n'insistai pas sur l'emploi des bains froids. Malheureusement j'appris le lendemain, à mon très grand regret, que la mort était survenue, la nuit, dans le coma.

Je ne pense pas que, dans ce cas malheureux, on puisse incriminer le salicylate de soude, si précieux lorsqu'il s'agit de calmer les vives douleurs rhumatismales ou goutteuses, et l'accuser d'avoir produit les accidents cérébraux mortels. Il est reconnu, aujourd'hui, que l'emploi de ce sel peut occasionner de légers troubles nerveux, mais non des accidents graves à la dose de 6 grammes par jour.

La conclusion à tirer du fait que je viens de rappeler, c'est que l'on ne doit pas hésiter à avoir recours aux bains froids pour traiter le délire rhumatismal chez les malades déjà soumis à l'action du salicylate de soude, auquel on pourrait attribuer l'atténuation de la fluxion articulaire.

Si l'on tient compte de l'ensemble des faits de rhumatisme cérébral à forme délirante, survenant dans le cours du rhumatisme articulaire aigu, il faut reconnaître que la véritable indication de l'emploi des bains froids dans cette affection existe d'une manière indubitable, lorsque le délire intercar-

rent coïncide avec une hyperthermie de 10 degrés au moins, et avec l'atténuation ou l'abolition de la fluxion des articulations.

Pour mieux préciser les indications, mettons le praticien en présence du malade, et voyons dans quelles conditions il peut le trouver. Quelles que soient ces conditions, il doit partir de ce fait fondamental, à savoir : qu'il n'existe, jusqu'à présent, aucun exemple de nocuité de réfrigération utilisée contre le rhumatisme cérébral. Aucun accident immédiat n'a pu lui être imputé, et quand elle n'a pas réussi à empêcher la mort, ce qui a pu dépendre du mode défectueux de réfrigération employé, elle a prolongé manifestement la vie du malade. Tel est l'enseignement des faits qui me sont connus.

Avec la certitude de ne pouvoir nuire au malade, le médecin doit avoir recours aux bains froids ou bien s'en abstenir, dans les conditions suivantes :

1° Il doit les prescrire avec assurance quand au délire se joignent l'atténuation ou la disparition de la fluxion articulaire, et de plus une hyperthermie à 40 degrés et au-dessus. On peut dire qu'alors les bains froids réussissent toujours à procurer la guérison à toutes les périodes de l'évolution du rhumatisme cérébral, qu'il y ait délire, coma, ou même imminence de la mort.

On a, en effet, une preuve émouvante de leur action salutaire *in extremis* dans le fait observé au mois d'août de l'an dernier par le professeur Potain, et publié dans la *France Médicale*.

C'est l'observation d'un jeune astronome qui s'était livré avec ardeur à des travaux de calcul, et qui fût affecté d'un rhumatisme articulaire grave, bientôt compliqué d'accidents cérébraux foudroyants qui, en quelques heures, semblèrent rendre la mort imminente ; les cornées étaient ternes et dépolies. Les bains froids furent employés à diverses reprises, dès que le délire, calmé par l'immersion dans l'eau froide, revenait, en même temps que la température dépassait 39°,5. La guérison eut lieu ; mais sur l'un des yeux une abrasion de la

cornée montrait encore à quel danger le malade avait échappé.

Des guérisons semblables sont bien faites pour encourager le praticien dans l'emploi de la médication dont je m'occupe.

2^o En second lieu, on doit encore recourir aux bains froids dans le rhumatisme cérébral si, avec le délire, il n'y a pas diminution des symptômes articulaires, mais si l'hyperthermie est manifeste.

3^o Les bains froids doivent être remplacés par des révulsifs, s'il y a un délire simple, les manifestations articulaires suivant leur cours, et l'hyperthermie faisant défaut.

On a vu la principale indication de la réfrigération dans l'hyperthermie, celle-ci étant considérée comme la cause du délire, et l'on a pensé que le délire cessait par suite de l'abaissement de la température. Il en est résulté qu'on a été pour ainsi dire à l'affût des ascensions du thermomètre après avoir obtenu une première hypothermie au-dessous de 40 degrés. En ne se préoccupant ainsi que de l'hyperthermie, dont je suis loin de nier l'importance, on a envisagé la question thérapeutique sous une de ses faces seulement. Il est tout aussi nécessaire de tenir compte de la disparition de la fluxion articulaire que de l'hyperthermie, puisque, dans un certain nombre de cas, un traitement révulsif ayant fait reparaitre cette fluxion sur les grosses articulations d'abord envahies, la guérison a eu lieu.

J'ai cité un fait de ce genre. Un autre a été publié par M. Dujardin-Beaumetz, qui a guéri aussi son malade par des vésicatoires appliqués sur des articulations des membres inférieurs dans un cas de rhumatisme cérébral avec délire.

M. Bourdon a vu deux guérisons se produire par des applications de sinapismes très forts sur les articulations le plus récemment affectées, dans le but d'y rappeler la fluxion rhumatismale, qui avait cessé à l'apparition de l'agitation et du délire. (Communication orale.)

De plus je tiens de M. Constantin Paul, un de nos anciens collègues, que, se trouvant dans les Pyrénées, il guérit un rhu-

matissant, atteint de la même encéphalopathie cérébrale que les précédents, en le faisant envelopper entièrement de laine en suint, seul moyen de révulsion qu'il eût sous la main. Il détermina ainsi une vive éruption cutanée, dont le développement amena le rétablissement du malade.

Malgré ces succès dus aux révulsifs, il ne faut pas en conclure qu'il soit indifférent d'employer la révulsion ou la réfrigération comme curatif du rhumatisme cérébral. La médication révulsive n'a que des faits rares et exceptionnels à son actif. Vigla n'a pu éviter la mort d'un assez grand nombre de ses malades en y ayant recours. La réfrigération, au contraire, se recommande par des succès à peu près constants.

Et cela se conçoit. Les révulsifs peuvent ramener le rhumatisme aux articulations, mais ne combattent pas l'hyperthermie; tandis que la réfrigération abaisse l'hyperthermie en même temps qu'elle provoque une réaction qui ramène la fluxion articulaire disparue. Cette double action peut faire considérer la réfrigération et surtout les bains froids comme une sorte de spécifique contre le rhumatisme cérébral.

La réfrigération s'obtient par des méthodes diverses qu'il est utile de rappeler. On a eu recours sans s'y arrêter, à l'application extérieure de la glace. Les uns ont fait de simples lotions fraîches ou froides souvent répétées. D'autres ont employé des affusions hydrothérapiques, ou bien ont fait des applications réitérées d'un drap mouillé, comme dans l'observation suivie de guérison qui a été envoyée à l'Académie par le docteur Armaingaud (de Bordeaux). Enfin le docteur Dumontpallier nous a montré un ingénieux appareil qui a l'avantage de faire agir un degré de réfrigération constant, mais qu'il est difficile d'utiliser en dehors des hôpitaux. C'est plutôt un moyen propre à des recherches scientifiques, qu'à la pratique courante. Employé contre le rhumatisme cérébral, il devrait s'appliquer non seulement sur le tronc, mais aussi sur les membres, ce qui compliquerait beaucoup son emploi.

En définitive, c'est aux immersions ou aux bains que l'on a donné avec juste raison la préférence. On les a employés à la température de 20 ou 25 degrés centigrades, en abaissant ou non cette température de plusieurs degrés par addition de glace. On les a répétées irrégulièrement, après une première immersion ayant abaissé suffisamment la température, dès que le thermomètre marquait 39 degrés. A mon avis, cette manière de procéder en vue de l'hyperthermie est exagérée, attendu qu'il faut tenir compte des oscillations de la température, qui met un certain temps à revenir à son type normal. Je vous ai rapporté une observation de guérison rapide, dans laquelle on a donné seulement trois bains le premier jour sans les renouveler les jours suivants, où le thermomètre a cependant indiqué une hyperthermie de 39°, 8 ; 39 degrés ; 39°, 2. Le retour de la fluxion articulaire, qui persistait alors, et la disparition du délire m'ont paru avec raison être une preuve de la guérison.

Dans tous les faits que j'ai observés et traités avec succès, j'ai conseillé des bains à 20 degrés toutes les trois heures jusqu'à la disparition du délire avec le retour des fluxions articulaires. Je faisais cesser l'immersion chaque fois, dès que le malade éprouvait des frissons, et ordinairement la sédation des accidents cérébraux était d'abord de peu de durée ; puis se prolongeait de plus en plus après les immersions suivantes. Un sommeil réparateur succédait à l'agitation, et ce succès de la médication était révélé non seulement par l'abaissement de l'hyperthermie, mais encore par le retour des manifestations articulaires rhumatismales.

Le bain est le mode de réfrigération le meilleur, parce qu'il agit sur toute la surface du tronc et des membres d'une manière égale, ce que l'on n'obtient par aucun autre moyen réfrigérant. Le drap mouillé et renouvelé ne vaut pas l'immersion et l'on ne doit y avoir recours que si le bain fait défaut. Quant aux lotions froides, elles constituent un moyen de réfrigération insuffisant qui ne fait que retarder l'issue fatale, mais qui ne l'empêche pas d'avoir lieu, comme cela

est arrivé dans une observation communiquée à la Société clinique en 1878.

La prééminence du bain froid s'explique par les recherches expérimentales que M. Collin vous a communiquées dernièrement. Il a constaté que l'action du froid sur la totalité de la peau, comme dans l'immersion, amène une diminution de la température, qui s'étend aux parties profondes, et que le retour de la chaleur se fait beaucoup plus lentement. Le bain agissant sur la plus grande surface possible fait donc diminuer ou cesser l'hyperthermie avec rapidité, tandis que la réaction vers l'extérieur, qui succède, favorise le retour de la fluxion articulaire, et rappelle ainsi la manifestation rhumatismale.

Je viens, je crois, de démontrer l'effet curatif des bains froids dans les accidents cérébraux du rhumatisme avec hyperthermie. Cela ne veut pas dire que je considère la réfrigération par les bains comme étant aussi nécessaire et utile dans toutes les maladies fébriles générales avec production d'un excès de chaleur, et notamment dans la fièvre typhoïde. Permettez-moi une petite digression à ce dernier point de vue.

La question de l'inefficacité et même de la nocuité des bains froids dans la fièvre typhoïde me paraît jugée par l'affirmative. C'est ce qui est ressorti principalement du rapport important du docteur Humbert Mollière à la Société des sciences médicales de Lyon en 1876, et de la critique raisonnée du traitement de Brandt dans cette maladie, critique faite par notre savant collègue M. Peter, dans la discussion qui eut lieu à la Société médicale des hôpitaux de Paris, en 1877.

L'hyperthermie ne saurait d'ailleurs servir isolément comme base de pronostic et d'indications thérapeutiques. J'ai vu à la Charité deux malades affectés de fièvre typhoïde, chez lesquels la température axillaire est restée élevée à 40 degrés et plus, pendant que la convalescence la plus franche était démontrée par la diminution de fréquence du pouls, l'humidité rosée de la langue, le retour de l'appétit, le réveil des facul-

tés intellectuelles, et par le bien être général ressenti par le malade. D'autres observateurs ont sans doute été témoins de faits semblables. J'ai attiré dans leur temps l'attention des élèves sur ces faits, pour les prémunir contre la tendance actuelle de trop subordonner la clinique des maladies aiguës à l'hyperthermie, dont les chiffres, avec ceux de la fréquence du pouls, hérissent en quelque sorte beaucoup d'observations modernes à l'exclusion d'autres détails cliniques tout aussi importants et par trop négligés.

Je reviens en terminant au rhumatisme cérébral.

Je désire que les faits rappelés dans cette communication puissent porter la conviction dans l'esprit de tous les praticiens. Le fait d'immerger dans l'eau froide un malade atteint de rhumatisme aigu plus ou moins généralisé semble, au premier abord, constituer une monstruosité thérapeutique, et il provoque une vive répugnance chez le médecin. Le jeune praticien surtout hésite à accepter la responsabilité d'une pareille médication ; mais il doit voir qu'il est en présence d'un dilemme qui ressort des faits observés. Il doit choisir entre la mort presque certaine du patient s'il fait un traitement ordinaire, insuffisant, où la guérison par un traitement en apparence barbare, mais que les succès réitérés obtenus lui imposent comme un devoir.

Pour l'accomplissement de ce devoir, il ne doit pas être arrêté par la perspective d'encourir la responsabilité d'un traitement en apparence aussi hardi. Il lui sera sans doute difficile de convaincre l'entourage du malade, si l'encéphalopathie rhumatismale s'annonce par un délire léger, facilement interrompu. Cependant si ce léger délire coïncide avec l'hyperthermie et l'atténuation ou l'abolition de la fluxion articulaire, il doit prévenir que tout retard de vingt-quatre heures dans l'emploi des bains froids peut entraîner la mort, ce qui oblige à agir sans retard.

Dans le cas où les accidents cérébraux seraient caractérisés par un délire violent ou par un état comateux, la famille du malade sera plus portée à se soumettre à l'avis du médecin. En tout cas, il y a urgence pour l'action immédiate.

Mon principal but, en vous faisant cette communication, a été de provoquer la confiance absolue du médecin dans l'efficacité du moyen de traitement que je préconise avec d'autres observateurs, et de propager l'idée de cette remarquable efficacité, en même temps que son innocuité complète. J'appelle donc sur ce sujet important une discussion, dont le retentissement pourrait empêcher désormais les morts inattendues qui ont été inconsciemment produites par l'expectation du médecin.

J'ose espérer que l'on ne m'accusera pas d'un enthousiasme irréfléchi pour l'emploi des bains froids contre le rhumatisme cérébral, en voyant sur quelle base sérieuse je fonde ma conviction.—*Bulletin général de Thérapeutique*, 15 Nov. 1880.)

Sur l'emploi des injections hypodermiques de nitrate de pilocarpine, dans la transpiration fétide des pieds.

M. Armaingaud donne lecture d'un travail d'où il résulte :
1o, Les injections hypodermiques répétées de nitrate de pilocarpine paraissent avoir une action curative dans la transpiration fétide des pieds ; 2o. la suppression de la transpiration des pieds, obtenue par l'emploi de cette substance, alors même qu'elle a lieu brusquement, ne paraît pas avoir sur l'organisme de retentissement fâcheux ; 3o. la pilocarpine agit, dans ce cas, en produisant une hypersécrétion dérivative et substitutive dans les glandes salivaires, et l'action sudorifique, qu'on obtient beaucoup plus sûrement et plus complètement avec le jaborandi qu'avec la pilocarpine, ne paraît pas pouvoir être substituée avantageusement à cette action sialagogue de la pilocarpine. Des observations plus longtemps prolongées permettront de savoir si les résultats de cette médication seront définitifs ou seulement temporaires.—(*Journal de Thérapeutique*, No. 3, 10 février 1881.)

CLINIQUE CHIRURGICALE

DU PANSEMENT DES PLAIES.

Leçon clinique de M. l'agrégé NICAISE, recueillie à l'hôpital Laënnec, par M. HACHE, interne du service, et revue par le professeur.

Messieurs,

Avant de revenir à l'examen des malades les plus intéressants du service qui fait habituellement l'objet de ces conférences, je vais vous dire quelques mots des pansements, et en particulier des pansements antiseptiques, question à propos de laquelle il se fait en ce moment une véritable révolution chirurgicale.

Isolée de la théorie qui la met en faveur aujourd'hui, la pratique des pansements antiseptiques n'est pas chose nouvelle ; autrefois en effet, et jusqu'au milieu du siècle dernier, les pansements se faisaient avec des substances aromatiques, des vins, des baumes, des vulnéraires, toutes substances plus ou moins antiseptiques en somme, et qui constituaient la base des topiques auxquels on associait certaines substances étranges pour satisfaire aux préjugés de l'époque, les excréments de divers animaux par exemple, de la poudre de langue de chien, des vers, etc. On trouve encore aujourd'hui chez le peuple la trace de ces vieilles pratiques dont le vulnéraire est un des derniers vestiges.

Appliqués indistinctement à tous les cas, ces topiques composés, quelquefois irritants, ont amené des complications et ont fait naître, comme réaction contre l'abus des excitants, l'usage des pansements avec les corps gras, que commence à préconiser l'Académie royale de chirurgie vers le milieu du dix-huitième siècle. Depuis cette époque et jusqu'au commencement de notre siècle, les emplâtres et les onguents furent peu à peu abandonnés. Le *pansement simple* devint le pansement habituellement employé pour les plaies, et conserva cette suprématie jusqu'à ces dernières années. C'était le pansement au cérat : on appliquait sur la plaie un plu-

masseau de charpie recouvert de cérat qu'on maintenait avec une compresse et une bande ; puis Larrey a ajouté au pansement simple le linge fenêtré qu'on interpose entre la charpie et la plaie après l'avoir enduit de cérat ; il est encore employé par beaucoup de chirurgiens.

Mais on s'est aperçu des nombreuses complications que présentaient les plaies pansées au cérat, et la statistique des hôpitaux d'il y a quarante ans montre les ravages qu'y faisaient la septicémie et l'infection purulente. Cette mortalité effrayante a été attribuée au contact de l'air infecté par l'encombrement, et on a cherché à la modifier en s'occupant de l'hygiène hospitalière, premier pas dans la voie de l'antisepsie. Puis on s'est mis à modifier les pansements, peu à peu et lentement : ainsi Velpeau a employé le coaltar, la poudre de corne de Demeaux, mais sans grand succès. Enfin, il y a 15 ans, en 1865, Lister a entrepris des recherches sur les pansements antiseptiques et est arrivé, après plusieurs modifications, au pansement que nous pratiquons aujourd'hui.

En somme, il y a trois grandes périodes dans l'histoire des pansements, — la première qui remonte à une époque très ancienne et pendant laquelle régnait une sorte de méthode antiseptique dont les agents étaient des substances aromatiques et alcooliques ; — la seconde qui commence vers le milieu du siècle dernier et se continue presque jusqu'à nos jours, et pendant laquelle les pansements se font avec des corps gras ; — la troisième, enfin, qui s'est ouverte récemment avec l'emploi des pansements antiseptiques.

L'explication des précautions que nécessite la méthode antiseptique est donnée par la doctrine médicale en faveur aujourd'hui, et qui attribue toutes les complications des plaies à l'infection et à l'absorption par les plaies. Pasteur et Tyndall, en effet, ont démontré la présence dans l'air et dans l'eau d'organismes microscopiques auxquels on a donné des noms très divers et que je désignerai sous le nom de microbes, qui ne préjuge rien de leur nature, car on en a fait successivement des animaux, des végétaux et des êtres inter-

médiaires à ces deux règnes. La question de leur rang dans l'échelle organique est secondaire au point de vue chirurgical, l'important est de connaître leur existence et leur dissémination dans tous les milieux et surtout naturellement dans les hôpitaux. Pour s'en préserver il faut prendre les plus grandes précautions, des précautions minutieuses, et on y est encouragé par les résultats qu'on obtient dans la pratique des opérations. Ces microbes présentent des formes variées ; ce sont des spores isolées ou en chapelet, des bâtonnets droits ou courbes, etc., mais leurs formes ne suffisent pas à les différencier, et des microbes semblables peuvent avoir des propriétés très différentes ; un microbe de même forme peut se rencontrer dans des empoisonnements différents de l'organisme ; aussi pour les reconnaître faut-il faire comme Pasteur, les cultiver dans des liquides appropriés et les inoculer ensuite. C'est de la nécessité reconnue de se préserver des microbes qu'est né le pansement antiseptique.

Il ne faut pas, messieurs, adopter exclusivement un pansement et l'appliquer aveuglément à tous les cas ; ainsi l'acide phénique, si bon pour certaines plaies, peut être très mauvais et très nuisible pour d'autres, par cela même qu'il est actif. Je reviendrai dans une autre leçon sur les propriétés de l'acide phénique ; je veux vous dire en passant qu'il n'est pas seulement antifermentescible et antiseptique, mais antifébrile antiphlogistique et hypothermique : c'est ce qui explique pourquoi il faut se garder de l'appliquer sur des plaies atoniques et sans vitalité suffisante. Chaque genre de plaie réclame un pansement spécial, et la classification des pansements peut se calquer sur celle des plaies.

On peut diviser les plaies en trois grandes catégories.

1o Les plaies récentes, saignantes, comme les blessures et les plaies d'opérations ;

2o Les plaies suppurantes, mais présentant de la tendance à la réparation ;

3o Enfin les ulcères, qui se divisent eux-mêmes en deux classes, les plaies sans tendance à la cicatrisation et les plaies

qui présentent une tendance progressive à la destruction par une sorte de gangrène moléculaire et pour lesquelles on devra réserver le nom d'ulcères, si l'on en trouvait un autre pour ceux de la première classe.

Nous ne parlerons aujourd'hui que des plaies saignantes, pour lesquelles on emploie deux sortes de pansements, le pansement de A. Guérin et le pansement de Lister. Dans le pansement de Guérin, très employé aussi et que j'emploie moi-même, la couche épaisse de ouate dont on recouvre la plaie est un obstacle aux microbes, et les résultats qu'on obtient avec lui sont bien supérieurs à ceux qu'on obtenait avec les pansements au cérat, ce qui explique la place qu'il occupe dans la thérapeutique chirurgicale. En ce moment le pansement de Lister tend à se généraliser de plus en plus, et c'est de lui dont nous nous occuperons maintenant.

Toutefois les plaies récentes chez un sujet sain présentent une tendance naturelle à la cicatrisation, l'idéal d'un pansement serait de protéger la plaie contre les traumatismes et les absorptions nuisibles qui pourraient entraver cette marche ; c'est ce que cherche à réaliser le pansement de Lister. Mais il ne suffit pas toujours de protéger les plaies, et celles-ci présentent dans leur marche des différences qui se rattachent à des différences individuelles, à des altérations du terrain sur lequel elles évoluent, altérations qui obligent à ajouter quelque chose à la thérapeutique locale, à aider le travail de cicatrisation ; c'est là qu'intervient le traitement général du blessé, complètement négligé autrefois, qui consiste à l'alimenter dès le début, à le tonifier, à lui donner de l'alcool, du sulfate de quinine qui est tonique en même temps qu'antifébrile, : c'est absolument le contraire de ce que dit Boyer, qui recommande dans son ouvrage, où se trouve résumé presque toute la chirurgie du dix-huitième siècle, la diète et les saignées, d'autant plus que la plaie était plus grande. Je n'insisterai pas sur ce traitement général dont on comprend facilement l'importance ; j'ajouterai seulement qu'il ne faut pas réduire la chirurgie à une manœuvre de pansement et ne pas oublier qu'on soigne des blessés et non des plaies.

La pratique du pansement de Lister, que nous employons exclusivement pour les plaies récentes, comprend un certain nombre de précautions et l'emploi de plusieurs pièces dont je vous indiquerai successivement l'usage et la valeur. Nous prendrons comme exemple l'opération de tumeur kystique du sein que nous avons faite il y a trois jours et à laquelle vous avez assisté. Avant l'opération il faut préparer les éponges, qui étaient autrefois un agent actif de contamination et sont abandonnées pour cette raison par les chirurgiens qui ne pratiquent pas la méthode antiseptique ; pour ne pas être dangereuses, les éponges doivent être toujours conservées dans une solution phéniquée au vingtième, exprimées au moment où l'on va s'en servir et lavées ensuite à l'eau faible au cinquantième ou au quarantième, dans le cours de l'opération, si l'on n'en a pas un nombre suffisant. Les instruments sont plongés une demi-heure avant l'opération dans des bassins plats remplis de la solution forte (au 20) ; en outre, les mors des pinces, où les impuretés s'accablent facilement, doivent être lavés avec une brosse trempée dans une solution phéniquée. Enfin, tous ceux qui doivent prendre part à l'opération se lavent les mains dans la solution faible et on lave fortement le champ opératoire avec la solution au vingtième.

Pendant l'opération il faut employer la pulvérisation phéniquée. C'est la partie la plus critiquée et la moins employée du pansement de Lister, à cause de la difficulté d'avoir un appareil convenable. Lister employait d'abord des pulvérisateurs à la main, analogues à celui de Richardson, qui ont l'inconvénient de se déranger très souvent ; plus tard il a fait faire un pulvérisateur à vapeur ; celui que vous voyez dans le service est sûr et commode ; il a été construit par M. Collin, sur les indications de M. Lucas-Championnière. J'ai la conviction que c'est une précaution très utile ; l'acide phénique purifie l'air en même temps qu'il agit favorablement sur la plaie. Cette pulvérisation se fait avec la solution phéniquée forte qui se trouve mélangée d'une grande proportion de vapeur d'eau. A la fin de l'opération, quand les ligatures

au catgut sont faites, on lave largement la plaie, quelle que soit son étendue, avec la solution au vingtième; ce lavage n'est pas très douloureux, et du reste le malade est encore endormi : pour que la solution remplisse son effet antiphlogistique et antiseptique, il faut qu'elle soit assez forte pour que la surface de la plaie prenne une teinte blanchâtre et le sang une couleur chocolat. On fait ensuite la suture de la peau et on place un tube à drainage. Je reviendrai un autre jour sur ce dernier point pour insister sur son importance, et réclamer pour le drainage de Chassaignac la part qui lui revient dans le succès du pansement de Lister.

On procède alors au pansement, et l'on met d'abord sur la plaie un petit morceau de *protective*, sorte de taffetas vert non phéniqué protecteur et imperméable, que l'on lave dans la solution phéniquée faible avant de l'appliquer sur la plaie. Ce morceau de *protective* est destiné à empêcher le contact du pansement avec la plaie. Il faut que le morceau soit très petit pour que les liquides sécrétés par la plaie ne s'accumulent pas au-dessous de lui et ne restent pas soustraits à l'action de l'acide phénique des pièces du pansement.

On recouvre le *protective* avec des compresses de gaze phéniquée; cette gaze est préparée de façon à donner une certaine fixité à l'acide phénique, qui s'évapore au contraire plus ou moins rapidement quand on fait usage de compresses de tarlatan simple trempées dans l'eau phéniquée. Le nombre de ces compresses varie avec la sécrétion présumée de la plaie. Vient ensuite la pièce principale du pansement de Lister, très grande et devant dépasser de beaucoup la plaie; quand on fait le pansement sur un membre, cette pièce de pansement doit en faire le tour et ses bords doivent se recouvrir; elle se compose de huit feuillets de gaze phéniquée et d'un morceau de Mackintosh placé entre les deux derniers feuillets.

Le Mackintosh a un double but; il empêche l'air de traverser le pansement, et les liquides sécrétés par la plaie de venir se putréfier au contact de l'air et engendrer des mi-

crobes. Avant d'appliquer ces pièces on les humecte légèrement avec la solution faible ou la vapeur phéniquée.

Ce pansement est fixé par une bande de gaze antiseptique qui doit recouvrir exactement les bords de la gaze et les dépasser pour que l'application soit complète ; la gaze adhère à la peau, et c'est alors un véritable pansement par occlusion. Par dessus ce pansement nous mettons de la ouate en quantité variable, fixée par une bande de tarlatane simple ou par un bandage de corps. Cette ouate a pour but de faire une compression élastique sur la plaie et d'entretenir sur la région blessée une température constante.

Quand faut-il faire le premier pansement ? cela varie selon les cas. Autrefois on l'enlevait le cinquième jour en hiver et le troisième jour en été, quand le pus était formé et permettait de décoller facilement le pansement. Cette considération n'a plus de valeur aujourd'hui, car avec le Lister on n'a plus de suppuration que quand elle est rendue inévitable par une condition particulière de l'opéré, de la plaie ou des tissus sur lesquels on agit ; mais on observe une sécrétion séreuse abondante, plus abondante peut-être qu'avec les autres modes de pansement, et il faut changer le pansement quand il est taché, le premier ou le deuxième jour, mais généralement le troisième.

Dans le cas que j'ai pris pour exemple, je l'ai changé le deuxième jour ; je n'ai pas trouvé de pus, mais une sérosité abondante rendue noirâtre par son mélange avec une certaine quantité de sang et sans autre odeur que celle de l'acide phénique ; enfin vous avez pu remarquer l'aspect de la plaie qui est spécial au pansement de Lister : avec le pansement simple on observe dans les cas les plus favorables un certain œdème de la région et un liséré rouge sur les bords de la plaie qui est sensible et présente ordinairement de petits points de suppuration ; ici, au contraire, la peau avait son aspect absolument normal jusque sur les bords de l'incision qui étaient accollés et qu'on pouvait toucher sans provoquer de douleur. Ce résultat n'est pas dû seulement aux précautions antisepti-

ques, il tient aux propriétés spéciales de l'acide phénique auxquelles j'ai déjà fait allusion tout à l'heure. Il est bien entendu que pour ce pansement comme pour tous les autres nous employons la pulvérisation phéniquée.

Nous allons parler maintenant des plaies qui suppurent et qui présentent une tendance naturelle à la cicatrisation.

La réunion par première intention n'est pas en effet toujours possible à obtenir, à cause de la nature même de la plaie, de l'état des tissus qu'elle intéresse ou de l'état général du blessé ; il se forme des bourgeons charnus qui secrètent du pus en quantité variable. On a alors une plaie ouverte, au lieu d'avoir une plaie fermée, et c'est sur la plaie même qu'est appliqué le pansement ; les bourgeons charnus une fois constitués, le danger d'absorption est moindre, et partant le pansement de Lister moins nécessaire. Il y a cependant des cas dans lesquels il faut encore l'employer, comme par exemple chez le malade couché au numéro 17 de la salle Malgaigne, qui présente un vaste décollement de la peau et une suppuration abondante à la suite d'un érysipèle phlegmoneux du tronc ; cet homme est, en effet, âgé et très affaibli, et la moindre complication pourrait lui devenir fatale. Une contre-indication du pansement de Lister pour cet ordre de plaies résulte de leur contact immédiat avec les pièces de pansement, qui expose à l'absorption de l'acide phénique et à un retard dans la cicatrisation. Ce contact serait bien évité en recouvrant toute la surface de la plaie de protectrice, mais on favoriserait ainsi le séjour du pus à la surface de la plaie et son altération.

Les conditions que doivent remplir les pansements de ces plaies sont les suivantes :

- 1^o Protection contre les agents extérieurs ;
- 2^o Préservation des microbes, plus facile que pour les plaies récentes ;
- 3^o Absence de propriétés irritantes ;
- 4^o Eviter de favoriser la suppuration, la laisser s'accomplir naturellement ;

5° Enfin écoulement facile du pus. Il est très important de parer de suite à sa rétention par une incision ou par le drainage, car elle n'a pas besoin d'être considérable pour amener des accidents qui cessent de suite, si on sait en reconnaître la cause, mais peuvent devenir graves dans le cas contraire.

Jusqu'à ces dernières années, depuis le commencement de ce siècle, on n'a guère employé pour les plaies qui suppurent que le pansement au cérat, sur lequel nous ne reviendrons plus. et aussi le pansement au cataplasme, appliqué en dehors de toute inflammation, pour les plaies d'amputation par exemple ; il faut pour ces cas le bannir absolument, car il retarde la cicatrisation et active la suppuration, épuise le malade et favorise la fermentation du pus à la surface de la plaie. J'ai vu il y a quelques années, dans cet hôpital, un homme qui avait eu un phlegmon de la main et avait été pansé exclusivement par les cataplasmes continués après la période inflammatoire. L'état de son bras s'était assez aggravé pour qu'on lui proposât l'amputation qu'il avait d'abord refusée. Quand il se décida à entrer dans cet hôpital pour réclamer l'opération, il avait des fusées purulentes qui allaient jusque dans l'aisselle et jusqu'en avant du thorax ; son état général était tel que l'amputation était impossible. J'ai fait supprimer immédiatement les cataplasmes, que j'ai remplacés par un pansement à l'alcool pur — pansement excellent dans certaines circonstances, mais dont je ne vous parlerai pas aujourd'hui, parce que nous ne nous occupons que des pansements les plus usuels. — Au bout de trois ou quatre jours, l'état général était assez relevé pour que l'amputation fût possible, et l'état local assez amélioré pour qu'elle fût devenue inutile. Cet homme, en effet, ne tarda pas à guérir complètement par le seul fait d'un pansement qui diminuait la suppuration. Et ce n'est pas là un cas isolé, j'en ai vu un certain nombre d'aussi frappants, sinon d'aussi graves. Aussi ai-je la conviction que le cataplasme, inconsidérément appliqué et prolongé, employé comme méthode de pansement,

peut être une cause de mort ce qui ne lui enlève rien, bien entendu, de sa valeur comme antiphlogistique.

Nous n'employons dans le service ni cérat, ni charpie, ni compresses, ni bandes de linge. Le cérat n'agit que comme corps gras ; il renferme souvent des impuretés, il salit les plaies ; il est généralement abandonné. Les compresses et les bandes de linge, dont le lavage est toujours incomplet et très difficile, sont des moyens de transport des agents d'infection. Il en est de même, à plus forte raison, de la charpie. Nul doute que tout cela n'entraîne pour beaucoup dans ces terribles épidémies d'infection purulente que l'on voyait autrefois dans les hôpitaux, et pendant lesquelles on ne pouvait faire la moindre incision sans voir le malade mourir. Je me souviens d'avoir vu, dans une de ces épidémies, un pauvre garçon atteint d'un écrasement du doigt si peu grave qu'on ne voulait même pas le recevoir et que cette terrible affection a emporté quelques jours après son entrée. Nous avons remplacé toutes les pièces de pansement par des compresses et des bandes en tartalane ordinaire, que leur bon marché permet de ne faire servir qu'une fois.

Avant de faire le pansement d'une plaie qui suppure, il y a certaines précautions à prendre : l'emploi du spray phéniqué est ici plus discuté et moins indispensable, il faut cependant mieux l'employer pour purifier l'air ; il faut vérifier et nettoyer les tubes à drainage, nettoyer avec soin les bords de la plaie et la région voisine pour que la peau fonctionne bien et respire normalement, enfin nettoyer la surface même de la plaie en évitant de la faire saigner : nous nous servons pour cela de tampons de ouate trempés dans une solution phéniquée faible et qui ne servent aussi qu'une fois, et pour les injections de seringues ou d'irrigateurs, toujours chargés avec la solution faible. Le pansement lui-même est simple : nous appliquons sur la plaie des compresses de tartalane superposées en nombre variable suivant le cas, imbibées de la solution faible et exprimées. Ces compresses absorbent bien le pus et l'empêchent de se putréfier. Quoique l'acide phéni-

que qu'elles contiennent soit moins fixé que dans la gaze antiseptique, on retarde cependant assez longtemps l'évaporation de la solution phéniquée en recouvrant la tarlatane de taffetas gommé qui a encore l'avantage d'empêcher l'air d'arriver au contact de la plaie et du pus et de les contaminer. Enfin ce taffetas empêche encore la dessiccation du pansement, point capital, car un pansement desséché est douloureux ; la levée en est pénible et amène souvent la déchirure de petits vaisseaux, ce qui est une cause de retard dans la cicatrisation et d'absorption plus facile à la surface de la plaie. Nous recouvrons ce pansement de ouate qui a les avantages dont nous avons parlé plus haut : compression douce, protection et entretien d'une température constante sur la plaie. La ouate est maintenue par une bande de tarlatane ; nous ne nous servons de bande de toile que s'il est nécessaire de faire une compression un peu forte.

Ce dont nous nous servons le plus souvent comme topique est la solution phéniquée faible au 40° ou 50°, mais on peut se servir aussi d'autres topiques ayant des propriétés analogues, c'est-à-dire servant simplement à protéger les plaies, puisque nous ne parlons en ce moment que de celles qui ont une tendance naturelle à la cicatrisation. C'est ainsi que j'ai employé beaucoup autrefois l'huile phéniquée au 10°, qui n'est pas irritante parce qu'elle ne mouille pas la plaie, et je vais vous citer un cas où elle a rendu les plus grands services ; il s'agissait d'un homme de trente-trois ans, vigoureux, qui avait eu la cuisse écrasée par la roue d'une grosse voiture ; les parties molles étaient complètement broyées, sans plaie de la peau ni fracture des os. Cet homme a refusé l'amputation. Pendant le travail d'élimination de la cuisse j'ai recouvert la plaie de compresses imbibées d'huile phéniquée, la plaie était en outre soigneusement lavée avec une solution phéniquée faible. La partie mortifiée était enveloppée dans des compresses trempées dans une solution alcoolique concentrée d'acide phénique. Le membre a été pour ainsi dire momifié. Le malade a eu un peu de fièvre et nous avons assisté à l'élimi-

tion spontanée de son membre sans que lui ni ses voisins aient jamais été incommodés par une odeur de putréfaction ; le malade ne s'en est aperçu que quarante-huit heures après. J'ai renoncé en partie à employer l'huile phéniquée parce qu'elle est souvent rance et qu'elle peut alors devenir irritante, on pourrait aussi employer la glycérine phéniquée au 40° ou au 50°.

Il faut changer les pansements toutes les vingt-quatre heures ou seulement tous les deux ou trois jours, selon l'abondance de la suppuration.

En somme, dans les pansements de ces plaies, il faut surtout éviter la rétention du pus, le dessèchement de la plaie, son irritation par les topiques ou par les impuretés qui peuvent venir le contaminer, et l'affaiblissement des malades par une suppuration trop abondante.

Nous allons nous occuper maintenant des plaies qui ne marchent pas vers la cicatrisation et qui demandent à être excitées. Je vous ai dit que ces plaies étaient de deux sortes, les plaies simplement stationnaires et les ulcères proprement dits qui s'étendent par gangrène moléculaire ; c'est seulement de la première de ces variétés que je vous parlerai aujourd'hui.

Ces plaies ont besoin d'un pansement excitant qui active et régularise la formation des bourgeons charnus, et c'est là qu'il faut revenir aux pansements de l'ancienne chirurgie ; nous employons ici surtout le vin aromatique et le styrax. Ces substances ne conviennent pas toutes deux aux mêmes plaies. Le vin aromatique est moins irritant et convient aux plaies qui demandent à être moins excitées : on le fait avec les fleurs et les feuilles de plantes aromatiques macérées dans l'alcool et mélangées à du vin ; j'y fais ajouter, en outre, 20/0 d'acide borique, qui est antiseptique et n'a pas comme l'acide phénique l'inconvénient de retarder quelquefois la cicatrisation des plaies. Le styrax est beaucoup plus excitant, et il faut même se défier de son action irritante et ne pas en mettre sur les bords de la plaie et sur la peau, où il peut déterminer de l'érythème et

même des vésicules et des bulles. Ces topiques sont mis sur les compresses de tarlatane qu'on recouvre de taffetas gommé, de ouate et de bandes comme pour les autres pansements

Nous employons encore pour certaines plaies atoniques le diachylon et l'emplâtre de Vigo taillés en bandelettes ; c'est surtout aux ulcères des jambes que ce mode de pansement est applicable ; je reviendrai dans une autre leçon sur cette variété d'ulcères et les pansements qu'ils réclament.

Tels sont, messieurs, les principes généraux du pansement des plaies ; je vous en ai entretenu un peu longuement parce qu'ils ont des applications constantes et que leur connaissance vous permettra d'apprécier les raisons qui nous font choisir dans chaque cas les pansements que vous nous voyez employer.

Ces considérations sur le pansement des plaies pourraient se résumer en quelques mots :

Eviter la contagion, l'inoculation des maladies infectieuses en renonçant à l'usage de la charpie, des compresses, des bandes de linge, et en les remplaçant par des pièces de pansement qui ne servent qu'une fois.

Repousser l'emploi des corps gras et les cataplasmes, qui favorisent la suppuration et amènent l'atonie des plaies avec ses conséquences.

Exiger une propreté minutieuse dans tout.

Employer les agents antiseptiques.

Chercher autant que possible à obtenir la réunion par première intention.

Faciliter l'écoulement des sécrétions de la plaie, de la sérosité et du pus, surtout par le drainage qui joue un rôle si important dans les succès que l'on obtient aujourd'hui.

Eviter la dessiccation du pansement.

Enfin modifier les pansements suivant la nature de la plaie.

Du traitement de l'éclampsie puerpérale.

PAR LE DR L. M. REUSS.

Après la rupture de l'utérus, il n'y a pas d'accident plus redoutable dans la grossesse que l'éclampsie. Quel que soit le moment où elle débute, que les attaques convulsives se présentent avant le travail, qu'elles coïncident avec lui, ou qu'elles le suivent, le danger est imminent et une terminaison fatale toujours à craindre.

D'après les statistiques de M. Pajot, de Bailly, de Mauriceau, de Braun, de M^{me} Lachapelle, la mortalité est de 1 sur 2, 33. C'est là une proportion terrible et qui fait de cette complication du gravidisme une des plus meurtrières maladies.

Il est donc tout naturel que de tous temps les accoucheurs se soient préoccupés de trouver un remède efficace à ce mal si terrible ; bien des méthodes ont été tentées, bien des agents thérapeutiques essayés, mais jusqu'à présent, malgré les succès enregistrés, le remède véritable, la médication réellement souveraine, est encore à trouver.

Nous ne nous appesantirons pas ici sur les diverses théories successivement mises en avant, admises, puis abandonnées, pour expliquer l'étiologie de l'éclampsie. Cependant comme chacune de ces théories a servi de base à un système de traitement, nous allons les résumer brièvement avant d'aborder la question thérapeutique.

Pendant longtemps la cause primordiale assignée à l'éclampsie puerpérale a été la congestion des centres nerveux cérébro-médullaires ; l'irritation, l'excitation qui en résultaient provoquaient les convulsions éclamptiques.

Puis a surgi une théorie nouvelle, inaugurée par Mangenes^t, en 1867, celle de l'anémie cérébrale générale.

Deux autres opinions ont été mises en avant, et nous en avons fini avec les causes d'origine nerveuse : la première qui fait de l'éclampsie puerpérale une névrose d'origine cérébro-spinale dont l'utérus serait le point de départ, qui a, avec

quelques modifications, été défendue l'an dernier par le Dr Paulopoulos dans sa thèse (1); l'autre qui ne veut y voir qu'une hydro-encéphalite, avec un œdème du bulbe.

Après que l'on eût constaté la présence de l'albumine dans les urines, on a cherché dans la néphrite et les altérations du rein la cause des attaques convulsives; l'hydrémie, l'hyppalbulminurie ont été invoquées par les savants qui cherchaient dans les modifications du sang l'explication de la maladie.

Enfin, nous arrivons à la théorie de l'intoxication du sang en la toxémie; c'est la théorie de l'urémie, de l'ammoniémie, de la créatinémie, de l'urinémie, suivant que l'on adopte, comme agent toxique du sang, l'un ou l'autre des principes qui donne leur nom à la maladie. C'est à cette théorie que se rattache le système de M. Péter, la *typhisation du sang*.

Toutes ces théories font de l'éclampsie une entité morbide, et, suivant son opinion rationnelle, chaque auteur y faisait entrer ou en rejetait tels symptômes, tels phénomènes qui ne lui semblaient pas se rattacher à un symptôme. C'est contre cette façon d'agir que s'élève en ce moment un groupe de savants anglais, notamment le Dr Duncan, de Glasgow.

Ne plus faire de l'éclampsie puerpérale une entité morbide, ne plus limiter le nom de l'éclampsie à une série de cas seulement présentant un appareil spécial, rattacher, au contraire, à cette affection tous les phénomènes épileptiques qui peuvent survenir pendant la grossesse, voilà, en quelques mots, le fond de cette théorie nouvelle.

N'est-il pas évident, en effet, dit le Dr Duncan (2) que les diverses causes qui produisent des convulsions épileptiques chez une femme non gravide, peuvent produire des manifestations convulsives chez une femme enceinte et que l'on peut supposer avec quelque raison que des conditions pathologiques assez légères pour ne pas affecter une femme non en-

(1) PAULOPOULOS. *Physiologie pathologique de l'éclampsie puerpérale*. Montpellier, 1880.

(2) Duncan, *Renal Epilepsy in pregnant women* (*Glasgow med. Journ.* 1880.)

ceinte puissent, au contraire, avoir des effets désastreux sur une femme gravide ? il est clair que la force nerveuse, emmagasinée en vue du travail, a été sans cesse augmentée par des échanges nutritifs plus actifs dans la matière grise des centres nerveux, que l'irritabilité de ces centres nerveux peut être portée à un degré tel que, sous l'influence d'une irritation périphérique légère, d'un phénomène pathologique souvent peu grave, empêchant l'élimination parfaite des matières élaborées ou amenant un empoisonnement du sang, il survienne brusquement une attaque convulsive et comme une explosion intempestive de cette force nerveuse accumulée. Duncan propose même d'appeler dorénavant l'éclampsie une *épilepsie rénale*.

Quoi qu'il en soit de toutes ces théories, et que l'on adopte comme cause de l'éclampsie une congestion des centres nerveux cérébro-spinaux, une névrose par augmentation du pouvoir excito-moteur de la moelle, une altération du sang, une ischémie ou anémie du bulbe avec œdème, nous pensons avec M. Jacoud, qu'il ne faut voir dans toutes ces appréciations que des formes cliniques diverses, correspondant à diverses conditions pathogéniques. Et c'est en élargissant ainsi le champ de l'éclampsie que l'on y fera entrer diverses manifestations convulsives, survenant pendant la grossesse, que l'on avait négligées jusqu'ici ou attribuées à des causes différentes de celles que l'on admettait généralement pour l'éclampsie puerpérale.

Abordons maintenant le traitement de cette redoutable affection.

Malgré la diversité des théories qui ont tour à tour servi à expliquer l'étiologie de l'éclampsie, les divers moyens thérapeutiques employés peuvent se diviser en trois grandes classes :

- 1^o La méthode spoliatrice ;
- 2^o La méthode évacuante ;
- 3^o La méthode anesthésique.

A ces méthodes, viennent s'ajouter encore divers traitements, dont les uns sont absolument tombés en désuétude, et

dont les autres s'adressent plus spécialement à tel ou tel symptôme de la maladie.

Enfin il y a le traitement chirurgical et obstétrical.

La *méthode spoliatrice* ou des émissions sanguines a longtemps régné sans partage ; cependant elle a eu, elle a encore d'illusres contradicteurs : Trousseau, Horaud, Braun lui sont absolument opposés ; Braun la considère comme une des causes principales de la mortalité des femmes éclamptiques. Caxeaux, M. Depaul, au contraire, la regardent comme l'unique et seul traitement de l'éclampsie. M. Depaul recommande de saigner de bonne heure et de ne pas craindre de retirer environ 400 grammes de sang ; on peut même aller jusqu'à une saignée de 500 grammes sans inconvénient.

Il faut que le sang jaillisse de la veine ; s'il sort en bavant l'effet sera à peu près nul.

La saignée diminue la masse du sang ; elle amoindrit la tension dans l'appareil circulatoire et atténue par conséquent les dangers d'une congestion des viscères, et surtout du cerveau ; mais elle agit encore en soustrayant à l'économie une certaine quantité de sang vicié et diminue d'autant l'intoxication du sang ; elle provoque la contraction des petits vaisseaux du bulbe et du cerveau, phénomène qui amène la pâleur, les syncopes, enfin elle agit sur les reins et amène un affaiblissement sensible de l'albuminurie.

La saignée est donc à la fois un agent de spoliation et provoque un fait physique, et un agent de contraction vasculaire, c'est-à-dire qu'elle donne naissance à un phénomène dynamique.

Enfin elle décongestionne le bulbe, le rein et le foie.

C'est dans cette méthode qu'il faut ranger aussi les émissions sanguines légères, à l'aide des sangsues. Généralement les sangsues sont placées aux apophyses mastoïdes, quelquefois aux cuisses, ; elles peuvent être d'utiles adjuvants à la méthode de la saignée, et sont employées même par les praticiens qui, reculant devant la saignée, se voient obligés néanmoins de provoquer une décongestion du bulbe.

Quand faut-il saigner ? Les partisans de la méthode spoliatrice répondent à cette question en disant qu'il ne faut pas attendre trop longtemps. Nous connaissons aujourd'hui fort bien tous les phénomènes qui précèdent l'attaque convulsive, cette attaque est souvent annoncée un jour ou deux à l'avance par un état de malaise général ; le symptôme le plus habituel et le plus sérieux est une céphalalgie intense et persistante, accompagnée quelquefois de troubles visuels. Cependant la vue ne s'obscurcit et ne se trouble d'habitude que lorsque l'accès est imminent. Un autre phénomène encore peut faire soupçonner l'invasion prochaine de l'éclampsie : c'est la présence de l'albumine dans les urines ; mais il ne faudrait pas être trop exclusif, et penser parce qu'une femme enceinte est albuminurique elle sera nécessairement atteinte d'attaques éclamptiques. Les statistiques sont là pour prouver qu'il n'en est pas toujours ainsi.

Mais pourtant si la femme est d'un tempérament très nerveux, si à l'albuminurie viennent se joindre cette céphalée gravative et persistante, une insomnie opiniâtre, une excitation nerveuse anormale, on devra recourir à la saignée ; on ne se bornera pas à une seule saignée ; d'après le précepte de M. Depaul, on répétera les saignées plusieurs fois, on saignera pendant les accès, si on n'a pu les éviter.

On verra par la statistique donnée plus bas, que cette méthode a certainement sa valeur.

La *méthode évacuante* a été mise en avant par divers auteurs, sans que, toutefois, croyons-nous, elle ait jamais été érigée en méthode unique de traitement. Cependant, en produisant l'évacuation des matières septiques auxquelles se lie l'urémie, elle peut rendre ou plutôt pourrait rendre de grands services. Malheureusement elle n'est d'un usage facile qu'en tant que thérapeutique préventive. Une fois l'accès éclamptique commencé il est difficile, sinon impossible, et nous l'avons expérimenté maintes fois, d'administrer un purgatif ou même un lavement.

Les purgatifs salins conviendraient le mieux ; mais outre

qu'ils demandent un certain temps pour agir efficacement et que c'est surtout le temps qui manque, ils nécessitent une absorption de liquide trop considérable. Aussi a-t-on été obligé de recourir aux drastiques, et dans cet ordre d'agents thérapeutiques, presque tous les drastiques ont été successivement donnés ; le jalap, la scammonée, le croton, etc, ont été mis à contribution. Paul Dubois donnait 50 centigrammes de jalap et 50 centigrammes de calomel en cinq paquets. Nous avons employé plusieurs fois cette formule et nous en avons toujours eu d'excellents et de prompts résultats ; si les purgatifs ne peuvent être absorbés, on aura recours aux lavements : 100 grammes de miel de mercuriale, deux cuillerées de miel commun, ou de sel de cuisine dans deux verres d'eau tiède, seront, en général, suffisants pour provoquer une évacuation assez abondante. Mais les malades gardent difficilement les remèdes, ou du moins pas assez longtemps pour que leur effet soit réellement efficace.

A la méthode évacuante se rattachent naturellement les diurétiques ; on peut leur faire le même reproche qu'aux purgatifs ; ils sont d'une administration difficile, d'une efficacité trop douteuse si les attaques d'éclampsie sont établies.

Malgré l'autorité des noms qui demeurent attachés à cette méthode, nous ne la voyons donc réellement utile que comme médication préventive. Elle sera un utile auxiliaire de la saignée, et rendra des services incontestables ; mais une fois que la femme est en proie aux attaques d'éclampsie, il ne faut plus compter sur les évacuants. Ce serait perdre un temps précieux et malheureusement, dans une maladie aussi terrible, perdre du temps c'est aggraver encore l'état de la malade. On a employé également les vomitifs, l'émétique ; mais cette pratique nous semble dangereuse, malgré l'autorité de Collins et de Tarnier ; en effet, les efforts de vomissement provoquent une congestion qui vient s'ajouter encore à la congestion existante, et est par cela même une cause de périls. Il vaudrait mieux, si l'on veut recourir au tartre stibié, le prescrire à hautes doses, ou selon la méthode rasorienne.

La *méthode anesthésique* est une de celles qui a le plus de partisans en ce moment : c'est la dernière venue, et aux premiers succès enregistrés par elle on crut avoir trouvé le remède radical contre l'éclampsie ; l'événement malheureusement n'a pas complètement justifié cette attente ; mais il n'en est pas moins vrai que le chloroforme peut revendiquer un grand nombre de succès dans le traitement de l'éclampsie. C'est M. Richet qui, en 1848, songea le premier à recourir aux inhalations de chloroforme dans l'éclampsie. La malade guérit.

Cette méthode a de nombreux partisans : Horaud, Campbell, Blot, Danjau, Chivari, Bailly, Chassaigny, Braun la considèrent comme la seule rationnelle ; mais quand on voit MM. Pajot, Tarnier, Lafargue la repousser actuellement, quand M. Depaul, non seulement lui dénie toute action, mais s'étonne encore que l'on ait pu songer à l'employer, quand M. Péter, enfin, déclare tout récemment le chloroforme sans action contre la typhisation des centres nerveux, on se demande où est la vérité ? Certainement les statistiques de Braun sont tentantes : 16 guérisons sur 16 cas donneraient une valeur incontestable à la méthode des anesthésiques, si cette statistique ne laissait pas dans l'esprit le doute que Braun n'a pas eu affaire à de véritables éclampiques, ou du moins que ces malades n'ont eu que des attaques très légères.

Le chloroforme, d'après Claude Bernard, coagulerait la myéline ; en tout cas il anémie les centres nerveux et par là produit une sédation, c'est là l'explication de ses bons effets dans l'éclampsie.

Mais pour arriver à une sédation efficace il ne faut pas donner timidement le chloroforme ; il faut en user largement en inhalations persistantes. Cependant il ne faudrait pas tenir continuellement la malade sous l'influence chloroformique immédiate ; pendant les accès il est complètement inutile de donner le chloroforme. C'est lorsque les convulsions ont cessé, quand la respiration a recommencé, qu'il faut faire respirer l'agent anesthésique. Il ne faut pas craindre d'aller

jusqu'à 60, 70, 80 grammes de chloroforme ; nous avons nous même tenu une malade pendant six heures consécutives sous l'influence du chloroforme, elle en a absorbé 90 grammes sans inconvénient ; le chloroforme éloignera les accès et en diminuera l'intensité ; il finira par les calmer tout à fait dans les cas heureux, et permettra, sous l'influence du sommeil qu'il procure, de tenter les manœuvres obstétricales que peut nécessiter un accouchement forcé.

Lorsque le chloral fut introduit en thérapeutique il était de toute évidence que l'on dût songer à l'employer contre l'éclampsie. Les partisans de la saignée ne se sont pas élevés contre son emploi comme contre celui du chloroforme : il est au contraire pour eux un utile auxiliaire de la méthode de spoliation ; il est, comme le chloroforme un agent de sédation, parce qu'il anémie les centres nerveux. Les partisans de la méthode des inhalations chloroformiques ne rejettent pas absolument le chloral, mais il ne lui reconnaissent une action effective que par le chloroforme qu'il contient ; ils l'associent cependant à celui-ci, soit sous forme de potion soit sous forme de lavements. 4 grammes de chloral dans une potion, ou un lavement de 6 à 7 grammes de chloral, pourront produire un excellent effet ; pourtant nous avons vu donner des lavements de 12 grammes de chloral sans que l'on soit arrivé à produire une sédation manifeste et durable. Le chloroforme lui-même a été donné en potion mais sans grand résultat.

Cette méthode de l'anesthésie découle de la théorie étiologique de l'anémie : c'est Maugest qui, en 1867, inaugura cette théorie, et c'est à partir de ce moment que la médication anesthésique fut surtout en faveur : il s'agissait de combattre les phénomènes irritatifs et l'emploi du chloroforme était tout indiqué.

En tout cas, il ne saurait être question, pour le traitement, d'être préventif : il ne trouve son emploi que lorsque l'accès est établi ou qu'il est imminent, peut être pourrait on alors empêcher son explosion, terminer l'accouchement sous l'in-

fluence du sommeil anesthésique et éviter ainsi à la malade cette terrible complication ?

A la Maternité c'est surtout le chloroforme qu'on emploie ; à l'hôpital Cochin, pendant le passage de M. Polaillon, on y employait de préférence le chloral.

Nous verrons tout à l'heure par la statistique empruntée à Testut que le chloral est celui des agents thérapeutiques qui aurait donné les plus brillants résultats.

Il nous reste maintenant à examiner divers traitements appliqués à des phénomènes pathologiques particuliers, et que l'on ne peut faire rentrer dans aucune des trois grandes classes que nous venons de décrire.

On a combattu les congestions cérébrales par les affusions froides, Récamier, Cruvard, Roth, etc., les ont conseillé ; Tessier fait usage des révulsifs céphaliques (huile de croton), enfin on a fait la compression de la carotide, nous pensons que la saignée remplira plus sûrement cette indication.

L'insomnie, l'excitation nerveuse anormale ont été traitées par l'opium à dose assez massive. C'est la pratique de Wiegner, de Strasbourg, de Braun, de Kiwisch, de Scanzoni, etc. Mais qu'on donne l'opium à l'état d'extrait ou qu'on le donne en injections hypodermiques, la pratique nous semble mauvaise, car les préparations opiacées provoquent la congestion de l'encéphale et augmentent celle qui existe déjà ; de plus leur administration peut être suivie de torpeur ou de paralysie de l'utérus.

Si cependant l'on avait affaire à une femme très anémique déjà saignée, l'on pourrait donner l'opium qui alors serait un réactif. Les Allemands donnent 5 à 30 centigrammes d'opium ou de 2 à 5 centigrammes d'acétate de morphine en injections hypodermiques.

On a essayé des révulsifs généraux. Velpeau conseillait les vésicatoires ; M. Depaul, cependant reproche au vésicatoire de réveiller les convulsions, de rappeler l'accès à cause de la douleur siégeant au lieu d'application du vésicatoire.

L'éther, l'eau de mélisse, l'arsenic, la fleur d'oranger, le

castoréum, le musc, etc., ont été employés contre l'éclampsie : mais tous ces antispasmodiques n'ont pas paru apporter un grand bienfait à la maladie ; employés seuls ils seraient en tout cas insuffisants et pendant l'accès leur administration est aussi difficile que celle d'un purgatif. Nous possédons du reste, un antispasmodique plus puissant et dont l'efficacité, lente à se manifester, est sûre : c'est le bromure de potassium, vanté par Voisin, par Pelvet et par Gubler ; cependant la lenteur de son action le fera toujours rejeter une fois que les attaques convulsives se seront manifestées, malgré les succès de Shayer, de Karsas ; c'est à la dose de 10 à 15 grammes qu'on l'emploiera, mais son action sera surtout utile dans le traitement préventif.

La théorie de l'intoxication du sang a fait appliquer tour à tour l'acide citrique, l'acide benzoïque, le citron. Nous ne savons si ces agents thérapeutiques ont réussi ; nous ignorons aussi si on a employé l'acide salicylique, cependant il se pourrait qu'on l'ait essayé en Allemagne.

Nous en aurons fini avec les traitements médicaux quand nous aurons signalé la tentative du Dr Stanithorpe, qui a publié un cas d'éclampsie puerpérale guérie au moyen des injections sous-cutanées d'ergotine ; il avait inutilement essayé toute espèce de traitements : il fit des injections hypodermiques d'ergotine, termina l'accouchement par le forceps. Est-ce réellement une action curative que celle qu'a exercé en ce cas l'ergotine ? N'a-t-elle pas agi bien plutôt comme agent d'expulsion, et en aidant à débarasser l'organisme du fruit de la conception, seule cause des attaques convulsives.

Les Allemands ont, dans ces derniers temps perfectionné la méthode de la saignée ; ils ne se contentent plus d'enlever une certaine quantité de sang à la malade, ils lui infusent un autre sang, remplaçant ainsi le sang intoxiqué par un sang sain et non vicié. Cette pratique nous paraît fort belle en théorie, mais à peu près impossible en pratique. Nul n'ignore les précautions minutieuses que l'on est obligé de prendre pour mener à bien une transfusion du sang : or, vouloir

faire cette opération délicate sur une femme atteinte d'attaques éclamptiques nous paraît vouloir tenter l'impossible et ajouter un danger de plus à ceux que court déjà la malade.

Enfin il existe une dernière méthode de traitement que nous ne citerons que pour mémoire ; on ne peut réellement l'appeler une méthode thérapeutique : c'est celle de l'abstention ; conseillée par MM. Robin, Wiegler, de Strasbourg, elle est certainement la moins recommandable de toutes celles que nous avons examinées jusqu'ici : attendre, c'est vouer à une mort presque certaine la malheureuse qui est en proie aux convulsions éclamptiques, et l'on comprend difficilement qu'un médecin ait le courage d'assister au terrible spectacle qu'il a sous les yeux.

Le traitement obstétrical consiste à faire l'accouchement artificiel ; il ne doit pas être hâtif : cette pratique a été condamnée par Dubois, par M. Depaul, par M. Stoltz.

Malgré des attaques d'éclampsie violentes, on a vu l'accouchement se terminer naturellement ; il n'est pas rare de rencontrer les cas où dans le cours de sa grossesse une femme a été prise d'éclampsie sans que pour cela il y ait un avortement. Mais s'il y a imminence de mort, si le fœtus ne vit plus, si le col est dilaté ou dilatable, l'accouchement devra être fait, car le plus ordinairement c'est avec l'expulsion de l'enfant que cessent les convulsions.

La statistique des diverses méthodes de traitement, d'après Testut se décompose ainsi :

Traitement révulsif,	50	morts	0/0.
Traitement spoliateur,	35	—	0/0.
Traitement évacuant,	56	—	0/0.
Traitement mixte (saignée et purgatifs))	17,3		0/0.
Traitement anesthésique,	17,8		0/0.
Traitement chirurgical,	29,7		0/0.
Traitement par le chloral,	7,4		0/0.

Les méthodes évacuante et révulsive auraient donc, d'après ces chiffres, les résultats les plus funestes : il faudrait donner

la préférence au traitement mixte ou au traitement par le chloroforme, les émissions sanguines seules donnant encore une mortalité de 35 0/0 ; mais ce qui frappe surtout, c'est le chiffre de la mortalité pour les malades qui ont pris du chloral : sept morts par cent ; ce serait donc le chloral qui deviendrait le remède héroïque contre l'éclampsie. Mais sur combien de malades porte cette statistique, c'est ce qu'il faudrait savoir, et c'est ce que les statistiques, en général, n'apprennent pas.

M. Charpentier, dans sa thèse d'agrégation, donne une autre statistique qui elle, démontre l'avantage de la méthode des saignées répétées :

Saignées en général,	34,7 0/0.
Saignées simples,	36,3 0/0.
Saignées répétées,	33,3 0/0.
Purgatifs,	44 0/0.
Révulsifs,	50 0/0.
Chloroforme,	50 0/0.

Nous ne tirerons aucune conclusion de ces deux statistiques, nous ne prendrons fait et cause ni pour une méthode ni pour l'autre ; nous croyons, au contraire qu'en les associant toutes, suivant les indications et les possibilités du moment, on obtiendra le plus sûrement des résultats heureux. C'est, du reste, la conduite que tiennent, en général, tous les médecins appelés auprès d'une femme atteinte d'éclampsie ; cependant si l'on a les moyens d'établir un traitement préventif, il ne faut négliger aucun détail.

Si l'on a constaté la présence de l'albumine dans les urines d'une femme enceinte, on prescrira la diète lactée, suivant les conseils de M. Tarnier ; on ordonnera les purgatifs drastiques, les révulsifs, et on procédera à une saignée : il vaut mieux ne pas enlever trop de sang à la malade, afin de pouvoir y revenir, si besoin est. Les femmes supportent, en général, très bien ces saignées répétées, et du moment qu'il n'y a pas immence de convulsions une saignée de 300 à 500 grammes

n'est pas nécessaire. Au surplus, suivant M. Pajot, ce sont surtout les femmes fortes et grosses qui sont menacées d'éclampsie et chez elles les saignées répétées n'auront aucun inconvénient sérieux. Le bromure de potassium rendra aussi de grands services à ce moment, car son absorption est encore facile, et comme son action est lente, elle aura le temps de se manifester et d'empêcher peut être l'explosion des attaques.

Mais une fois l'accès établi, il faut recourir hardiment au chloroforme et au chloral, si la saignée n'a pas produit un effet sédatif ; il faut donner le chloroforme généreusement et le continuer pendant longtemps ; on le donnera dans l'intervalle des accès pendant la période de repos ou de coma, c'est-à-dire quand les mouvements respiratoires ont repris.

Il y a danger réel à le donner pendant les convulsions toniques ou cloniques.

Il faut s'abstenir aussi de toucher trop fréquemment la malade : le toucher provoque souvent de nouveaux accès ou exagère ceux qui existent : c'est là un fait d'observation courante et signalé par tous les auteurs.

Enfin, si malgré tous les moyens employés, saignée, inhalations de chloroforme, lavements de chloral, les accès persistent il faut se hâter de terminer l'accouchement ; le forceps, si le col est assez dilaté, est ici de grand secours et il ne faut pas craindre de l'employer.

Mais l'accouchement une fois fait, la malade n'est pas pour cela hors de danger ; quelquefois les accès continuent et amènent un dénouement rapidement fatal, ou bien la malade ne sort pas du coma dans lequel elle est plongée, et meurt après un temps plus ou moins long, sans avoir repris connaissance.

Si après l'accouchement on a quelque répit, qu'on se hâte de donner du bromure de potassium, imitant ainsi la pratique de W. Berry, associé au chloral, on pourra éviter la reprise des attaques d'éclampsie.

D'autres fois, enfin, la malade ne meurt pas de l'éclampsie

mais l'issue fatal est amenée par d'autres complications ; il se déclare une péritonite, une pelvipéritonite, une phlébite utérine.

Ces maladies sont la conséquence de l'éclampsie elle-même ou des manœuvres auxquelles on a été obligé de se livrer pour amener la délivrance.

Elles sont, en général, rapidement mortelles. Le pronostic sera donc toujours très réservé et on ne devra pas perdre de vue la malade pendant un certain temps après son accouchement — *Journal de thérapeutique*, 25 janvier 1881.

NOTE DU RÉDACTEUR.—Pour nous, nous regardons la saignée, comme l'ancre de salut, mais il faut qu'elle soit pratiquée dès les premiers accidents. *Il faut faire une large ouverture et tirer beaucoup de sang. Toujours nous avons vu mourir les femmes chez lesquelles on n'avait pas eu recours à ce moyen, avec énergie et dès le début.* Les petites saignées répétées ne valent rien, ni celles dont le sang sort en bavant, il faut qu'il jaillisse de la veine. La saignée faite après plusieurs accès est encore inefficace.

En résumé, *saignée immédiate et abondante*, applications d'eau froide sur la tête, sinapismes volants sur la colonne vertébrale, calomel introduit entre la joue et la mâchoire, accouchement forcé, voilà les moyens qui nous ont toujours réussi. Nous nous abstenons d'employer le chloroforme, même durant ce dernier procédé, ayant cru remarquer que les douleurs qu'il occasionne nécessairement, agissant comme un puissant dérivatif, suspendaient les accès éclamptiques. Aussi n'avons-nous jamais cru devoir changer ce traitement pour le traitement anesthésique, d'autant plus qu'appelé en consultation, dans des cas où il avait été employé, nous avons toujours vu succomber la malade. Dans une maladie aussi meurtrière et qui ne permet point la temporisation, il faut donc que le médecin agisse de suite et emploie la médication que l'expérience prouve être la plus efficace. Par une impardonnable expectation de la part de trois médecins appelés auprès d'une de nos parentes, celle-ci est morte

sans donner le jour à son enfant et sa fortune qui était assez considérable a dû retourner à sa famille. Son mari eut donc le malheur de perdre d'un seul coup sa femme, son enfant, et un riche héritage que des soins convenables lui eussent probablement conservés ! Telle est la responsabilité du médecin !

Traitement des ulcères virulents.

Par le Prof. MARC SÉE.

L'auteur désigne ainsi les chancres du prépuce et du gland, les chancres qui résultent de l'ouverture d'un bubon chancreux et les ulcères phagédéniques. La guérison en est toujours très longue et demande des mois, quelquefois des années de traitement.

M. Marc Sée a obtenu des résultats beaucoup plus prompts et plus certains avec le traitement suivant : Le malade étant anesthésié, on enlève avec une curette tranchante toute la matière pulpeuse qui se trouve à la surface de l'ulcère, et on racle jusqu'à mettre à nu les tissus sains. Il faut ouvrir tous les clapiers, porter la curette dans toutes les anfractuosités et ne rien laisser du tissu morbide. Cela fait, on cautérise toute la surface de l'ulcère avec le thermocautère, et on panse avec une solution antiseptique, chloral ou acide phénique.

Au bout de trois ou quatre jours, l'eschare s'élimine, et on trouve au-dessous une plaie bourgeonnante et de bonne nature, qui se cicatrise comme une plaie simple en deux ou trois semaines. (*Société de chirurgie, séance du 13 octobre 1880.*)—(*Journal de Thérapeutique, No. 1, 10 janvier 1881.*)

EXAMENS.

Au Collège Vétérinaire de Montréal, le prix pour le meilleur examen général, a été remporté par M. Albert Trudel, de Batiscan, qui a suivi les cours de Botanique, de Physiologie, de Chimie et de Matière Médicale à l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal. Nous donnerons le résultat des examens de cette dernière institution dans notre prochain numéro.