

## Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

Pagination continue.

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

# TRAVAUX ORIGINAUX.

---

## Névrotomie optico-ciliaire.

---

*Monsieur le Rédacteur,*

En mille huit cent soixante-douze, le Congrès International d'ophtalmologie réuni à Londres, décrétait, après une mûre délibération, que tout œil considéré comme dangereux pour son congénère devait être enlevé de la cavité de l'orbite.

Des observations nombreuses avaient démontré, que l'ophtalmie, dite sympathique, se déclare quelque fois avec une rapidité foudroyante peu après un traumatisme, et que les accidents précoces sont souvent d'une gravité telle, que l'extraction de l'œil blessé n'arrête même plus leur évolution. En présence de ces faits, les membres du Congrès n'ont pas hésité à préconiser l'extraction préventive quand le traumatisme est grave, quand l'œil renferme un corps étranger, et surtout, quand il s'y établit en permanence de violentes douleurs ciliaires.

Cette mesure radicale, dont la sagesse est incontestable, parce qu'elle a fait ses preuves, ne pouvait céder le pas qu'à une autre aussi efficace, qui en réunissant les mêmes avantages, n'en présenterait pas les inconvénients. C'est à la solution favorable de ce problème, que des ophtalmologues distingués ont cru arriver, en substituant à l'énucléation la *névrotomie optico-ciliaire*.

Des expériences récentes et nombreuses, pour constater l'effet sur le globe oculaire des sections du nerf optique et des nerfs ciliaires, ont donné à leur auteur, un résultat, qui leur permet de croire, que l'opération que nous venons de mentionner est appelée à jouer un grand rôle en ophtalmologie.

Jusqu'à ce jour, on a considéré la destruction des nerfs de la région postérieure de l'œil, comme funeste à la vitalité, et entraînant inévitablement à sa suite, la fonte et la désorganisation de cet organe. Cependant, des expériences importantes ont démontré que nous étions sous une fausse impression ; que

l'œil, privé de ses nerfs, peut encore conserver sa forme et sa vitalité. La découverte de ce résultat ne pouvait manquer de trouver une heureuse application en chirurgie : cette application a trouvé naturellement sa place dans le traitement des accidents inflammatoires qui tendent à se produire dans un œil primitivement sain quand son congénère est le siège de certaines affections. L'examen de toutes les théories qui ont été émises sur le mode de transmission de l'ophtalmie sympathique démontre que les nerfs, optique, moteur oculaire commun, trijumeau et les vaisseaux sanguins, ont tour à tour et ensemble été accusés d'être les agents conducteurs de la maladie. Sans entrer dans l'examen détaillé de ces différentes théories, mentionnons les deux plus importantes qui se sont partagé l'opinion des médecins : celle de Mosen de Berlin et de Alt de New-York, qui inculpe le nerf optique exclusivement; celle de Muller de Arnold et de Pagenstecher, qui attribue aux nerfs ciliaires le rôle prépondérant. Les recherches histologiques de Alt ont démontré que sur cent bulbes énucléés, soixante dix-neuf présentent des altérations de la rétine et du nerf optique. Muller, de son côté, a trouvé qu'au sein des membranes profondes de l'œil, en voie de désorganisation, les nerfs ciliaires demeuraient intacts, relativement; quo, par conséquent, leur conductibilité reste plus ou moins conservée. Cette dernière théorie constituée par la preuve anatomique que les nerfs ciliaires sont peu altérés, et, par conséquent, plus aptes à conduire l'incitation morbide d'un œil à l'autre, a rencontré la manière de voir de la plupart des auteurs. La transmission de l'ophtalmie sympathique par la voie des nerfs ciliaires est donc l'opinion la plus accréditée aujourd'hui, quoiqu'elle ne soit pas exempte de critique. Il y a, en ce moment, dans le service de M. Panas, à l'Hôtel-Dieu, un malade à qui l'on a fait l'extraction préventive d'un œil atteint d'iridé choroidite, traumatique. L'opération a non-seulement été impuissante à empêcher des troubles reflexes de se présenter dans l'œil sain, mais ces troubles se sont produits de manière à confirmer la théorie de Alt, c.-à-d. en débutant par le nerf optique et la rétine.

Les divergences d'opinion n'ont pas empêché de recourir à un traitement unique : l'énucléation. Ce procédé a prouvé une chose, c'est qu'en détruisant les nerfs optique et ciliaires, et en enlevant la source de la maladie, on pouvait, dans la majorité des cas, préserver l'œil sain de toute atteinte funeste. Pouvait-on obtenir le même résultat, en laissant en place le foyer de la contagion; mais en supprimant les voies par où elle peut cheminer d'un œil à l'autre. On est autorisé à le croire, des

faits récents semblent le démontrer, mais il reste à l'avenir de prononcer un jugement définitif sur la valeur des succès obtenus. En attendant, on conçoit que la névrotomie optico-ciliaire ait pu être suggérée dans le traitement de l'ophtalmie sympathique, pour remplacer l'énucléation dans un grand nombre de cas, si non dans tous. Mais, ce nouveau procédé, tout rationnel qu'il paraisse, ne pouvait trouver une application pratique, qu'en autant que l'œil laissé en place, pouvait continuer, sinon à fonctionner comme organe de la vision, du moins à se nourrir et à subir l'action des muscles qui s'y attachent. C'est ce résultat obtenu en Allemagne par Schoeler et à Paris par Boucheron, Meyer et Abadie qui autorise à croire que la névrotomie est destinée à prendre une place importante en chirurgie oculaire.

L'idée de s'attaquer aux agents susceptibles de communiquer la maladie d'un œil à l'autre ne date pas d'aujourd'hui ; depuis quelques années déjà en incriminant ou les nerfs ciliaires ou le nerf optique, on avait songé à les détruire sans enlever le globe oculaire. Parmi ceux qui conçurent cette idée quelques-uns ne la mirent pas à exécution, d'autres en firent l'application, mais d'une manière incomplète, soit en n'intéressant qu'un ordre de nerfs, les nerfs ciliaires ou le nerf optique, soit en se servant d'un procédé défectueux. Au nombre de ceux-là on trouve Albert de Graefe qui en 1866 s'exprimait en ces termes : " Avec la conviction que l'ophtalmie sympathique se transmet par l'intermédiaire des nerfs ciliaires, il devait venir à l'idée de substituer à l'énucléation du bulbe la section des nerfs ciliaires. On devait hésiter à sectionner tous les nerfs ciliaires en dehors de la sclérotique en raison de la difficulté du procédé et de la nécessité de sectionner en même temps des vaisseaux importants. "

Les difficultés du procédé, et la crainte de produire la désorganisation de l'œil, furent cause que de Graefe abandonna une idée, qu'il croyait cependant bonne, au point de vue de la guérison des accidents sympathiques. La même année, Rondeau, frappé de l'analogie qui existe, entre les névralgies, d'une part, et les douleurs de l'ophtalmie sympathique, de l'autre, émit l'opinion, dans sa thèse de Paris, que la section des nerfs de la région postérieure de l'œil, pouvait être efficace pour faire cesser les accidents réflexes, au même titre, que l'excision d'un tronc nerveux, ou de quelques-unes de ses branches, pour guérir la névralgie faciale. Il n'émettait qu'une opinion personnelle, sans pouvoir l'appliquer sur aucun fait clinique. Ceux qui après lui, revinrent sur la question, furent plus heureux ; car ils apportaient des observations en faveur du nou-

veau procédé. Meyer, à Paris, Lawrence, à Londres, Secondi, à Gênes, mirent à exécution la section intra oculaire des nerfs ciliaires, telle qu'elle avait été indiquée par de Graefe, et en obtinrent des résultats satisfaisants. On ne songeait alors qu'à la théorie de transmission par les nerfs ciliaires, et, en conséquence, on restreignait à ces derniers, l'action chirurgicale. En 1869, Landesberg coupa les deux ordres de nerfs de l'œil, pour guérir un cas de névralgie ciliaire intense; malheureusement, il n'eut aucun succès. En 1873, Snellen fit revivre la névrotomie ciliaire mais en transportant la section à la partie postérieure de l'œil.

Boucheron, en 1875, revint à la charge sur la névrotomie ciliaire, en insistant sur la valeur de cette opération, dans le traitement des accidents sympathiques, et en démontrant, par des expériences, la possibilité de détruire le nerf optique et les nerfs ciliaires, sans produire de troubles trophiques graves. Dianonse en 1877, Schoeler en 1878, Abadie et Meyer cette année, ont pratiqué cette opération un grand nombre de fois. Enfin, Bédard interne distingué des hôpitaux de Paris, a trouvé dans la névrotomie le sujet d'une thèse excellente où il traite au long tout ce qui a trait à cette question. Nous y trouvons en détail des expériences nombreuses faites par lui au laboratoire de M. Paul Bert, à la Sorbonne et des observations inédites recueillies à la clinique de M. Abadie. On voit par ce qui précède, que dès 1866 on était à la recherche d'un procédé moins radical que l'énucléation pour s'opposer aux retentissements d'un œil à l'autre. La difficulté des procédés, la crainte d'entraver gravement la nutrition de l'œil furent cause qu'on les abandonna tour à tour. En outre, l'opération telle que la proposait de Graefe et pratiquée par Secondi Meyer et Lawrence n'était qu'une paracenthèse sclérotidienne elle était intra oculaire, et on ne devait en attendre de succès, qu'en autant qu'il s'agissait d'arrêter des troubles nerveux sympathiques, sans irido cyclite proprement dite. Snellen, en transportant la section en arrière de l'œil, en rendait l'application plus générale, mais cette fois encore, on ne pouvait en attendre un succès complet, parce qu'en ménageant le nerf optique, on épargnait par là même, un grand nombre de filets nerveux intimement liés à la gaine de ce nerf; détail anatomique que confirment les recherches de M. Sappey. La névrotomie cilio-ciliaire a présenté l'avantage d'être plus facile à exécuter, de ne servir à aucune théorie exclusive, mais à toutes ensemble, et, par conséquent, d'offrir plus de garanties de succès.

M. Boucheron, qui en réclame la priorité, a été conduit à

recommander cette opération, en faisant de la physiologie expérimentale à la Sorbonne. Voulant constater l'effet sur le globe oculaire des sections du nerf optique et des nerfs ciliaires, sur le chien, il fut très surpris de constater, que l'œil conservait sa forme et ne subissait aucune altération. Alors, pour mieux s'assurer, si les effets qu'on venait d'obtenir étaient concluants, il fut engagé à poursuivre ses expériences, il les multiplia et le même phénomène se produisit chaque fois. Il prit occasion de ces faits nouveaux acquis à la science, pour communiquer à la société de Biologie, les conclusions suivantes, que nous trouvons exposées au long dans la gazette médicale de Paris et dans les annales d'Oculistique : " D'après nos recherches les sections du nerf optique et des nerfs ciliaires n'amènent généralement pas la désorganisation du globe oculaire. L'indication de la section des nerfs optiques et ciliaires se résume en peu de mots : Elle tend au même résultat que l'excision en interrompant la continuité du tissu nerveux. La section du nerf optique abolit, il est vrai, complètement la vue de ce côté, mais comme dans la majorité des cas elle est fort compromise, quand elle n'est pas totalement perdue, il vaut mieux sacrifier de suite un œil, qui deviendra inutile et qui peut amener la fonte de l'autre. Chez les animaux, cette section ne donne pas lieu à une hémorrhagie dont on ait à redouter les effets, on ne coupe que des vaisseaux d'un petit calibre ; les artères ciliaires et centrales de la rétine, l'hémorrhagie s'arrête promptement, de sorte que le sang épanché ne saurait exercer une compression fâcheuse sur les nerfs que l'on vient de couper. Si cette section n'arrêtait pas la marche des troubles reflexes dans l'œil sain, c'est alors qu'il faudrait, sans retard, pratiquer l'extraction de l'œil lésé. C'est à l'expérience à prononcer sur la valeur de ce procédé. Cette mesure radicale et terrible l'énucléation n'a pu entrer dans la pratique courante. Nous espérons que l'opération, si simple, si inoffensive, si conservatrice que nous proposons, pourra dans maintes circonstances, rendre au malade d'importants services."

Avant que M. Boucheron eût attiré l'attention sur ces faits, on s'était beaucoup exagéré les suites des sections du trijumeau aussi recommandait-on d'opérer avec une extrême prudence dans le domaine de la cinquième paire. Aujourd'hui on a établi une différence importante, entre les conséquences de la section complète et de la section incomplète. Duval et Laborde ont constaté la fonte de l'œil, chez tous les animaux auxquels ils ont enlevé le noyau d'origine du trijumeau ; il est à noter, que plusieurs n'ont pas même survécu au traumatisme. Ranvier en faisant des névrotomies incomplètes, c'est-à-dire, en

respectant le nerf masticateur, et la branche frontale, n'a eu à enregistrer que des accidents peu graves, du côté de l'œil : cet organe a continué à se nourrir. On est arrivé à la conclusion, que les lésions consécutives aux névrotomies du trijumeau sont de moins en moins graves à mesure que l'on s'éloigne du noyau d'origine. Ce qui leur donne ce caractère de gravité, tient à la non occlusion des paupières ; M. Boucheron en explique ainsi les effets : "Après une section du nerf ophthalmique, les paupières restent entrouvertes, ne clignent plus la cornée, constamment exposée à l'air se dessèche, l'épithélium meurt. L'eschare épithéliale provoque, autour d'elle, une inflammation éliminatrice. Une ulcération se forme, qui s'agrandit, par le même mécanisme de dessiccation et de mortification des éléments anatomiques desséchés. Souvent une nouvelle aggravation surgit, les éléments mortifiés entrent en décomposition putride, la cornée s'infiltré de produits septiques, (kératite septique) et sa destruction s'accélère, grâce à l'amoindrissement de vitalité de l'organe et à l'affaiblissement de l'animal gravement blessé." Ces accidents peuvent être modifiés d'une manière notable, en ayant soin de suturer les paupières de l'animal en expérience ; ils peuvent être réduits, alors, à des troubles trophiques passagers.

Redard, a suivi, avec la plus minutieuse attention, les phénomènes qui se produisent chez le chien et le lapin, à la suite de la section des nerfs ciliaires. Il a remarqué, que la cornée est complètement insensible lorsque les filets nerveux sont coupés en grand nombre, que cette sensibilité n'est que partielle, au contraire, lorsque la section est incomplète, dans ce cas encore, il a remarqué que la pupille se dilate irrégulièrement. La conjonctive conserve sa sensibilité jusqu'à la fin, si ce n'est, cependant, au pourtour de la cornée, la nutrition continue à se faire dans l'œil, grâce à un certain nombre de vaisseaux épargnés, qui permettent le rétablissement de la circulation, ce sont : les ciliaires antérieures ou petites iridiennes. Il croit que les désordres cornéens qui surviennent à la suite de cette opération, sont en raison directe de la plaie faite pour aller à la recherche des nerfs ciliaires, et du mode de réunion de cette plaie.

Chez l'homme, on a observé les mêmes phénomènes : les troubles nutritifs se produisent, il y a une certaine tourmente, les jours qui succèdent à l'opération, mais ces désordres sont légers et passagers. Il n'est pas indifférent d'exécuter d'une façon quelconque la névrotomie *optico ciliaire* ; le succès le plus complet, doit appartenir au procédé le plus parfait. Celui qui paraît le mieux remplir ces conditions est le procédé de

M. Abadie. Le patient étant chloroformisé, il attire fortement le globe oculaire en avant au moyen d'une pince à fixation, il sectionne la conjonctive, puis le muscle droit externe, avec des ciseaux à strabisme, recourbés et à pointes mousses, et il chemine ainsi assez profondément, puis, attirant fortement le globe oculaire en dedans et en avant, il glisse les ciseaux en arrière du bulbe. A ce moment, si la section est bien faite, l'œil est projeté en avant. Il le fait alors basculer, sectionnant, à petits coups, les parties fibreuses, vasculaires et nerveuses qui le maintiennent. Il amène ainsi le pôle postérieur dans la plaie, et il peut alors examiner, l'effet et l'étendue de la section et compléter même cette dernière si elle est incomplète. Il est important de prendre cette précaution afin de ne pas épargner, les filets ciliaires indirects, qui perforent la sclérotique à une certaine distance de l'insertion du nerf optique. L'accident le plus à redouter, à la suite de cette opération, est l'hémorrhagie. On peut en restreindre beaucoup la gravité si l'on a soin de rapprocher, autant que possible de la sclérotique, la section du nerf optique.

D'un autre côté, il faut éviter de porter l'action des ciseaux, trop près de la sclérotique, afin de ne pas s'exposer à perforer cette membrane et comme conséquence, à voir l'œil se vider entièrement. Il y a toujours un certain épanchement sanguin à la suite de la section des artères ciliaires et centrale de la rétine; c'est pour obvier aux inconvénients qui peuvent en résulter que M. Abadie fait la section du droit externe et surtout, qu'il ne suture pas ce muscle après l'opération. Il a pour but de créer une large voie afin de permettre l'évacuation du sang au dehors. Cette strabotomie a pour inconvénient de déterminer un strabisme interne, mais grâce aux succès que nous donne aujourd'hui l'avancement musculaire, il est toujours facile de ramener l'œil en parallélisme. M. Panas vient de faire subir une modification au procédé de Abadie; comme ce dernier, il ténotomise le droit externe pour aller à la recherche du nerf optique, mais pour terminer l'opération il suture le muscle détaché, en ayant soin de laisser un interstice béant dans la conjonctive, à sa partie inférieure, où il introduit un fil de *cat gut*. Cette modification réunit les avantages de la suture immédiate du tendon réséqué et de l'ouverture qui facilite le libre écoulement des liquides accumulés dans la cavité de l'orbite.

Les indications de l'opération ne sont pas les mêmes pour tous les ophthalmologues qui l'ont pratiquée. Les uns considérant qu'elle doit remplacer l'énucléation dans la majorité des cas; les autres, qu'elle ne doit être pratiquée que comme

moyen préventif de l'ophtalmic sympathique ; c'est-à-dire, avant que des troubles reflexes se soient manifestés dans l'œil congénère. Il y a des cas où son exclusion est évidente pour tous, c'est lorsque l'œil a conservé une acuité visuelle suffisante, quand il y a un phlegmon oculaire grave, quand la rétine est le siège d'un gliome, ou que l'on a affaire à un sarcôme de la choroïde ou à certains épithéliomas.

Dans les cas de tumeurs malignes du globe oculaires, la névrotomie doit céder la place à l'énucléation. Il faut se hâter même de recourir à ce procédé avant que le processus morbide ait détruit les membranes de l'œil et se soit propagé à l'orbite. On a proposé de pratiquer la section ciliaire et optique dans le staphylôme considérable de la cornée, avec pression intra oculaire, afin d'en diminuer le volume et permettre le port d'un appareil prothétique. M. Abadie a eu l'occasion, deux fois, d'opérer ainsi des yeux ayant acquis un volume énorme par suite de dégénérescence staphylomateuse. La section des nerfs ciliaires et optiques fut impuissante, il est vrai, à amener leur atrophie, mais une fois cette opération faite, il put impunément sans provoquer ni réaction ni douleur, pratiquer une section de la sclérotique, évacuer une partie du corps vitré et déterminer ainsi le degré d'atrophie voulu.

En prenant connaissance des observations qui ont été publiées jusqu'à ce jour sur la névrotomie oculaire, on voit qu'elle a été pratiquée, et que par conséquent elle trouve son indication dans les cas suivants : phthopsies intenses survenant chez des malades ayant perdu la vue depuis longtemps ; névralgies rebelles à répétition avec accès inflammatoires, succédant à des lésions du corps ciliaire, avec issue du cristallin ou de l'humeur vitrée ; irido-choroïdites, irido-capsulites avec amaurose totale ; moignons douloureux sensibles à la pression sans retentissement sur l'œil voisin ; sclérite, quand les nerfs ciliaires sont comprimés par la sclérotique ; corps étrangers de l'œil provoquant des douleurs se succédant à intervalles rapprochés ; ossification de la choroïde exerçant une irritation fâcheuse sur les filets ciliaires ; cristallin luxé produisant un glaucôme ; glaucôme provoquant des accès de douleur dans un œil où la vision est abolie.

Comme on le voit, cette opération a trouvé de nombreuses indications ; comme telle, en prévision des services immenses qu'elle est appelée à rendre, il est à souhaiter qu'elle réalise les belles espérances qu'elle a fait naître dans l'esprit de ses apologistes. Jusqu'ici les observations ont été restreintes et les observateurs en petit nombre. On peut dire, que la quantité des observateurs n'a été en proportion directe de leur qualité ;

car ceux qui se sont occupés de cette question ont une position distinguée dans la science : nous n'avons qu'à citer les noms de MM. Abadie, Meyer et Boncheron, avantageusement connus à Paris. D'autres ophthalmologistes, non moins distingués, M. le Dr. Panas, professeur d'ophthalmologie à la Faculté de Paris, et M. de Wecker, ont trouvé que cette nouvelle opération s'imposait à l'attention sérieuse des chirurgiens, qu'elle valait la peine d'être soumise à l'épreuve. Il est probable que beaucoup d'autres médecins suivront leur exemple et s'engageront dans la voie de l'expérimentation. C'est le seul moyen d'arriver à une solution quelconque, mais la sanction de l'expérience ne peut pas être immédiate ; il faut laisser aux années le soin de prouver si les succès actuels sont durables ou non. C'est alors seulement que la névrotomie optico ciliaire prendra une place importante en oculistique ou qu'elle sera reléguée dans le domaine de l'histoire de la science avec toutes les belles opérations, déjà en grand nombre, qui n'ont pu trouver d'application pratique et utile en chirurgie.

Il est à désirer qu'elle ait plus qu'une vogue passagère, car elle rendrait d'importants services dans les cas que nous avons mentionnés. En effet il n'est pas douteux que le jour où l'on décrètera d'une manière positive que l'on peut sans crainte pour son congénère laisser en place un œil qui n'a même d'autre utilité que de faire acte de présence dans la cavité orbitaire on aura fait un grand pas en ophthalmologie. Ce sera supprimer la peine de mort en rendant le criminel inoffensif. Les patients nous sauront gré de leur éviter l'honneur d'une énucléation ; on ne se figure pas l'extrême répugnance avec laquelle ils acceptent cette opération. Tous les ménagements apportés, pour annoncer l'urgence de cette mesure radicale sont inutiles ; en vain le chirurgien parle-t-il le doux langage de la science, quand une fois il a prononcé le mot énucléation, le patient a compris qu'il s'agit de lui arracher l'œil de la tête. L'effroi va grandissant quand il a fait part à sa famille du traitement barbare qu'on lui propose. Il arrive alors que mal conseillé de tout côté le malade préfère courir le risque de perdre entièrement la vue plutôt que de se soumettre au seul traitement reconnu efficace jusqu'à ce jour. Fait regrettable auquel peut obvier la névrotomie optico-ciliaire, attendu que les patients ne sont nullement effrayés de la section d'un nerf de l'œil et qu'ils l'acceptent même avec plaisir pour se débarrasser de leurs douleurs. Ils ne peuvent pas s'attendre à conserver cet œil dans d'aussi bonnes conditions d'apparence que celui qui est sain, parce qu'à la longue il se produit une certaine atrophie, mais le moignon qui leur reste peut encore donner tous ses mouvo-

ments à la pièce d'émail qui doit le recouvrir. Dans les cas les plus heureux quand la cornée n'a pas été trop endommagée, la coque enculaire devient inutile; ce qui est à noter, car les yeux artificiels content cher et les ouvriers qui sont adonnés à de rudes travaux sont exposés à les briser fréquemment. Ceux qui n'ont pas les moyens de se procurer le luxe d'un appareil prothétique bénéficieront largement de la nouvelle opération, au lieu de la cavité vide et repoussante succédant à l'énucléation ils conserveront un œil avec sa forme et ses mouvements. Chez les enfants les avantages sont autrement importants; tandis que chez eux l'énucléation nuit à l'harmonie des formes et à l'aspect de la physionomie la névrotomie ciliaire ne laisse à sa suite aucun de ces inconvénients. Ainsi donc, libre de choisir entre ces deux procédés également efficaces dont l'un prive la cavité orbitaire du globe de l'œil, détermine un arrêt de développement dans la moitié correspondante de la face de l'asymétrie et effraie terriblement les patients; et un autre qui sauvegarde la régularité des traits et offre moins de répugnance aux malades, il n'y a pas à hésiter il faut recourir à l'opération conservatrice à la simple section nerveuse. Chez les enfants, *les jeunes filles surtout*. l'avantage devient considérable à tous les points de vue, d'autant plus que l'occasion se présente assez fréquemment d'avoir à traiter des ophthalmies sympathiques sur des sujets encore en bas âge.

Pour toutes les raisons que nous avons énumérées, il est à souhaiter que la névrotomie optico-ciliaire constitue le plus tôt possible un progrès réel en ophthalmologie. le temps seul aidé de l'expérience de nos maîtres peut nous l'apprendre, en attendant partageons avec réserve l'enthousiasme qu'elle a fait naître.

A. A. FOUCHER, M.D. Professeur à l'Université Laval, Montréal.

Paris, 10 Décembre 1879.

---

### Théorie de l'inflammation.—(Suite et fin.)

PAR A. LARAMÉE M.D., Professeur à l'Université Laval, Montréal.

(Lu devant la Société Médicale de Montréal.)

---

Le pus de bonne nature est sans odeur quand il n'a pas été encore en contact avec l'air, et il constitue une matière crémeuse, légèrement jaunâtre, alcaline. Il contient de l'eau, de

l'albumine en proportions variables, des sels semblables à ceux du sang et des corpuscules purulents mobiles et contractiles.

Les cellules purulentes sont rondes, granulées, d'un diamètre d'1/2500 à 1/3500 de pouce. Leur membrane ordinairement peu apparente, est lisse ou granulée, leur contenu est homogène et uniformément granulé. Pour rendre le noyau visible on a recours à l'acide acétique et aux acides minéraux dilués qui ont la propriété de rendre ce contenu et la membrane enveloppante très transparents. Le noyau est quelquefois simple, double, triple et même multiple, mais ordinairement il est dépourvu de nucléole.

Les cellules du pus offrent les mêmes réactions que les globules blancs du sang et ne se transforment point en tissu stable; elles renferment souvent des globules sanguins, des gouttes de graisse, de l'épithélium, des débris du tissu malade, quelquefois de la mucine, de la pyine et même une matière colorante bleue appelée *pyocyanine* due, paraît-il, à la présence d'un vibron et qui a fait donner alors au pus la dénomination de suppuration bleue. Cette suppuration bleue (ou verdâtre par exception) se rattacherait à la présence d'un vibron transporté par des objets de pansement et il paraît que la chaleur du corps, l'humidité, jointe à une alimentation albumineuse abondante, sont des conditions qui favorisent la multiplication de ce vibron. Quant au pus lui-même il n'a pas cette couleur, laquelle ne s'observe, du reste, que sur les linges à pansement imbibés de sérosités ou par exception sur l'épiderme. Toutefois, un pus épais, crémeux ou une sécrétion purulente abondante est défavorable au développement des vibrions qui, cependant, sont indifférents au point de vue de la guérison.

Quant à l'odeur du pus il est reconnu que le séjour, plus ou moins plongé, dans le voisinage du tube intestinal comme dans les abcès des muscles abdominaux, dans la péritonite purulente circonscrite, donne aux cellules purulentes une odeur plus ou moins fétide, ce qui est due probablement à la diffusion des gaz intestinaux.

Le pus osseux donne lieu parfois à des émanations d'hydrogène phosphoré; sur les points de la peau qui possèdent de nombreuses glandes sébacées, l'odeur du pus rappelle celle de l'acide butyrique. Enfin, avant d'être très altéré il a quelquefois une odeur d'hydrogène sulfuré provenant des principes albuminoïdes qu'il contient.

Les rapports du pus avec les tissus sont variables; ainsi on le trouve tantôt à la surface de la peau ou des muqueuses

comme dans la blennorrhée, la pyorrhée, à la surface des séreuses comme dans l'empyème, mais plus souvent dans l'épaisseur des tissus où il forme une collection plus ou moins considérable qui a reçu le nom d'abcès; tantôt il est diffus entre les éléments du tissu, ce qui constitue l'*infiltration*. Parfois, il se produit une perte de substance occasionnées par la sortie du pus à l'extérieur et alors on a un *ulcère*, et si la solution de continuité communique avec le foyer primitif par un conduit plus ou moins long et sinueux ou a une fistule. Chez des sujets cachectiques, syphilitiques serofolueux ou scorbutiques et surtout dans les hôpitaux encombrés, les fistules sont difficiles à guérir et se compliquent souvent de phagédénisme.

Le pus peut disparaître par résorption, mais le plus souvent il est éliminé au dehors à la surface cutanée ou muqueuse par les efforts de la nature ou par une ouverture artificielle. Règle générale le pus n'altère pas les artères, les veines, les nerfs et les muscles.

Le pus peut subir diverses transformations, mais ces métamorphoses rentrent plus spécialement dans la période de Régression, à l'exception de la décomposition putride, c'est-à-dire, à la transformation du pus en un liquide tenu, tantôt pâle, tantôt brunâtre, appelée *sanie* ou *pus sanieux*, ayant une odeur désagréable et une action corrosive sur les tissus normaux ou pathologiques. Suivant Billroth le pus louable peut provoquer l'inflammation franche et le plus sanieux l'inflammation putride et même gangréneuse. Le plus blennorrhagique, dit-on, dilué dans 100 fois son volume d'eau, possède encore son caractère contagieux mais on n'ignore encore si c'est le sérum ou les globules qui possèdent le principe contagieux qui persisterait 4 à 6 semaines dans le pus desséché. Un mot maintenant sur les autres modifications qu'on rencontre dans la période de formation :—

L'hyperplasie ou prolifération hyperplasique est assez commune. Les inflammations catarrhales des muqueuses, les inflammations des séreuses et surtout de la substance conjonctive nous en fournissent de nombreux exemples.

Ainsi, arrêtons-nous un instant aux inflammations des muqueuses et des séreuses; si l'irritation n'a pas été trop forte, on voit les cellules épithéliales, après la période de tuméfaction opaque, se multiplier en plus grand nombre par la segmentation de leur noyau et contribuer au développement de cellules épithéliales dont les unes adhèrent à la muqueuse ou à la séreuse et les autres s'exfolient avant d'avoir pris leur forme définitive ou après avoir subi la dégénérescence muqueuse, colloïde ou vitreuse et se mêlent à l'exsudat muqueux inflammatoire ou séreux; au fur-

et à mesure que le processus inflammatoire diminue, les cellules adhérentes aux membranes diminuent de volume et reviennent à leur intégrité première. En même temps les exsudats disparaissent soit par résorption ou s'échappent au dehors avec les cellules dégénérées qu'ils contiennent. La prolifération hyperplasique est ordinairement un mélange de résolution et de régression, mais la prolifération cellulaire peut être parfois tellement rapide qu'elle entraîne à sa suite la destruction tissu du primitif qui alors est remplacé par des cellules purulentes.

Les mêmes phénomènes se répètent dans les tissus de la substance conjonctive, mais la substance fondamentale du tissu conjonctif subira, d'après Reindfleisch, la dégénérescence muqueuse. On rencontre également les mêmes altérations dans le tissu nouveau formé en excès. Les vaisseaux capillaires de la partie enflammée fournissent leur part de contribution au processus inflammatoire. Dans ce cas, on voit les cellules qui les constituent se gonfler, leur noyau devenir plus apparent et se subdiviser; la division des cellules suit de près celle des noyaux et bientôt la cellule mère est remplacée par une génération de cellules nouvelles qui donnent souvent origine à de nouveaux capillaires.

Parfois l'hyperplasie marche de pair avec un développement irritatif du tissu conjonctif périphérique ou interstitiel pour constituer ce qu'on appelle l'hypertrophie inflammatoire ou l'induration; dans ce cas, le tissu enflammé est non-seulement augmenté de volume mais de plus, il acquiert une dureté plus ou moins considérable. C'est l'indice du passage de l'inflammation chronique. Contrairement à la formation du pus qui est passagère, ces formations parenchymateuses et interstitielles sont permanentes.

La prolifération conjonctive peut avoir lieu à la surface des organes, aux dépens de leur membrane d'enveloppe et surtout aux dépens des séreuses. C'est alors qu'elle produit des épaisissements de l'enveloppe normale comme la chose se présente dans le feuillet viscéral du péricarde, la capsule périhépatique, etc., ou encore plus souvent cette prolifération conjonctive donne origine à des adhérences entre les deux feuillets des séreuses. Ces adhérences ou néoplasies sont connues sous le nom de néo-membranes. Autrefois, l'opinion générale était que ces néo-membranes, qu'on appelait pseudo-membranes, provenaient de la fibrine de l'exsudat (du plasma) mais aujourd'hui il est établi que leur structure est nettement conjonctive, c'est-à-dire qu'elles doivent leur origine à la prolifération des cellules plasmatiques des membranes

séreuses, de sorte qu'il ne faut pas confondre ces produits néo-membraneux avec les dépôts inorganisés ou pseudo-membranes qui se forment à la surface des muqueuses.

Ces *néo-membranes* ou dépôts organisables en contractant des adhérences avec les deux feuillets de la cavité séreuse en déterminent soit l'occlusion partielle ou totale, soit leur cloisonnement. De plus dans ces nouvelles membranes, il peut se produire des vaisseaux sanguins, des vaisseaux lymphatiques et même plus tard des filets nerveux, et alors vraisemblablement, ces nouveaux produits sont susceptibles de participer aux déviations que subit l'organisme dans lequel ils ont pris naissance, ce qui fait dire à Jaccoud que le cancer ou la tubercule peuvent germer dans ces néo-membranes inflammatoires.

Il est bon de rappeler que les nouveaux vaisseaux sanguins des néo-membranes conservent pendant longtemps une grande fragilité qui les prédispose à la rupture; de là l'explication des hémorrhagies secondaires, qui se déclarent dans les plèvres et les méninges, plus ou moins longtemps après la terminaison de l'inflammation.

La formation conjonctive interstitielle se rencontre dans l'épaisseur des organes, et elle se fait aux dépens du tissu fibreux qui sépare les éléments propres de tous les organes. Cette espèce d'inflammation porte le nom de *scélérose* et elle est fondée sur l'induration anormale qu'elle détermine dans les organes intéressés et elles se présentent dans les glandes v. g. le foie, le rein et également dans les muscles, les centres nerveux, le poumon, etc. Lorsque le tissu nouveau est rendu à son développement parfait, il est redoutable en raison de la compression qu'il exerce sur les éléments parenchymateux qui finissent par s'atrophier ou subir la dégénérescence graisseuse. Quant la prolifération hyperplasique a lieu dans les os, elle se fait alors aux dépens des cellules de la moëlle des os et non sensiblement aux dépens des corpuscules osseux.

La dernière période de l'inflammation consiste dans le passage du tissu ou de l'exsudat à l'état de dégénérescence. C'est ce qu'on désigne aussi sous le nom de *processus retrograde* (mot impropre mais admis par l'usage) ou régression. La dégénérescence graisseuse est, sans contredit, la plus commune. La régression se rencontre dans toutes les périodes, sauf pourtant dans celle terminée par résolution, cependant suivant Wagner il n'y aurait pas d'inflammation sans dégénérescence mais elle serait à peine perceptible dans la période de résolution.

Parfois la dégénérescence inflammatoire est tellement prononcée que le retour du tissu malade à l'état normal est impos-

sible, c'est ce qu'on observe dans le tissu nerveux et spécialement dans le cerveau, la moëlle épinière, le tissu osseux. Cependant les transformations graisseuses, croupales et muqueuses atteignent les cellules de tout genre, mais elles s'attaquent préférablement à celles de l'épithélium et des glandes, aux substances fondamentales comme celles du tissu conjonctif, cartilagineux et osseux. Quant à la dégénérescence graisseuse elle peut avoir lieu même dans les éléments qui n'ont pas de cellules, tels que les tubes nerveux et les fibres musculaires. La régénération complète est possible suivant le genre et la durée de l'inflammation et la nature du tissu affecté. Ainsi, dans la plupart des tissus épithéliaux plus rarement dans les fibres musculaires et le tissu osseux, la régénération peut être entière mais les tissus glandulaires et les tissus nerveux conservent, après la guérison, des traces du passage de l'inflammation.

Les inflammations chroniques du poumon, des glandes lymphatiques et des vaisseaux artériels nous fournissent des exemples de régression caséuse et atheromateux.

Parfois l'exsudat et le tissu dégénéré se dissocient et subissent une fonte secondaire qui en permet l'élimination; dans ce cas, celle-ci laisse après elle une ou plusieurs cavités anormales dans l'épaisseur de l'organe intéressé, c'est qu'on observe assez souvent dans la *pneumonie caséuse*. Quant aux néo-membranes il arrive souvent que tôt ou tard elles finissent par subir la dégénérescence graisseuse dans une de leurs parties, ce qui a pour résultat de déterminer une rétraction qui peut être cause de compression, plus ou moins marquée de l'organe intéressé.

Parfois aussi il y a crétification plus ou moins prononcée de ces néo-membranes.

Le pus est aussi susceptible de diverses métamorphoses régressives. Après la résorption de la sérosité qui se trouve dans l'exsudat purulent les cellules qui constituent le pus subissent la dégénérescence graisseuse et peuvent être elles-mêmes reprises par l'absorption, mais quelquefois elles subissent sur place l'atrophie simple ou graisseuse pour former alors un dépôt d'un blanc grisâtre ou jaunâtre d'aspect caséiforme et ayant tellement de ressemblance avec le tubercule jaune qu'on surnomme cette modification *tuberculisation purulente* et on en rencontre des exemples dans l'inflammation des glandes lymphatiques et dans les poumons. Enfin, cette atrophie simple ou graisseuse coïncide souvent avec la crétification des cellules purulentes.

L'inflammation ne se borne pas à produire les modifications

locales que nous venons de passer en revue, elle entraîne souvent à suite des altérations qui s'annoncent particulièrement au début de l'inflammation. Ainsi, il se présente, secondairement une augmentation de fibrine qui, de 3 ou 4 pour cent, chiffre normal, peut aller à 5, 6, 8, 10 et même au-delà, et de plus un accroissement des globules blancs ou leucocytes. Suivant Jaccoud, le travail inflammatoire local aurait pour résultat, celui de produire sur place une grande quantité de fibrine, grâce à la prolifération des éléments du tissu enflammé; et cette fibrine serait reprise par les vaisseaux absorbants pour être portées dans le sang où elle augmente, ainsi, la proportion du principe coagulable.

Quant aux leucocytes, toujours d'après le même auteur, ils proviendraient de la partie enflammée elle-même si elle contient des ganglions lymphatiques qui reçoivent les vaisseaux efférents de l'organe malade ou si la partie enflammée contient des éléments glandulaires contribuant à l'hématopoïèse, c. a. d. à la production du sang v. g. les amygdales, les glandes intestinales, etc. "Jaccoud enseigne que ce mode pathogénique fait "comprendre pourquoi l'augmentation de fibrine et l'accroissement des globules blancs sont toujours en rapport avec l'intensité du travail inflammatoire; pourquoi elles sont toujours "consécutives aux accidents locaux; pourquoi ces deux altérations font défaut dans la phlegmasie des organes dépourvus de "vaisseaux lymphatiques v. g. l'encéphalite. Dans les inflammations chroniques, ces altérations font défaut et en voici la "raison: Le travail local étant effectué alors avec une grande "lenteur, les produits de la nutrition anormale n'arrivent pas "dans le sang en assez grande quantité, et dans un espace de "temps assez court pour en altérer d'une manière notable et "immédiate la composition. Pour le même motif, l'altération "du sang est nulle ou peu marquée si l'inflammation est très "limitée."

A ces considérations, si on ajoute que la rate dans les inflammations manifestent un surcroît d'activité formatrice et produit, sans interruption de nouveaux globules blancs, l'on pourra se rendre compte de ces altérations du sang dont nous venons de parler; cependant, messieurs, je lisais, hier soir même, dans un résumé des progrès réalisés dans les sciences médicales durant (l'année 1878 qu'un Dr. Pouchet de France ne regarde pas la rate comme un organe hémopoïétique. Cet expérimentateur aurait extirpé la rate d'un animal vivant, et cette expérience ayant été répétée un grand nombre de fois, aucun changement apparent n'aurait été observé dans les éléments du sang. Ce Dr. Pouchet a conclu de ces expériences

que les éléments du sang se renouvellent aux dépens d'eux-mêmes et sans rien emprunter à la rate non plus qu'aux ganglions lymphatiques. Je vous communique ce renseignement pour sa valeur.

Dans les inflammations secondaires, accompagnant les fièvres, l'augmentation de fibrine est peu marquée vû que la fièvre qui est la maladie principale favorise la diminution de la fibrine.

Denis a constaté, dans certaines inflammations, une augmentation de la plasmine (séro fibrine, fibrinogène,) ainsi, au lieu de 25 à 26 parties de plasmine sur 1000, cet auteur a trouvé dans la pneumonie 46 et le rhumatisme articulaire 31.

Durant le processus inflammatoire, le sang qu'on retire de la veine se couvre d'une couche grise, en se coagulant (comme inflammatoire), vû d'après Denis, que le dédoublement de la plasmine en fibrine concrète (caillot) et dissoute (fibrine pure) se fait avec plus de lenteur qu'à l'état normal ce qui donne aux globules le temps de se précipiter au fond du vase.

En résumé, l'inflammation se termine par résolution nécrobiose, formations passagères comme le pus, ou persistantes comme l'hypertrophie avec l'hyperplasie, les néoplasies, etc., suivie de régression plus ou moins marquée.

L'inflammation peut être fatale à toutes ses périodes: pendant la 1<sup>re</sup> période si elle atteint un organe important comme le cerveau, le cœur, le poumon; pendant la période de nécrobiose, pendant la suppuration si l'inflammation atteint des éléments nécessaires à l'accomplissement d'un acte organique important v.g. la néphrite parenchymateuse, elle peut être fatale, enfin, par les désordres organiques et fonctionnels résultant des néoplasies et de leur dégénérescence v.g. la sclérose de la moelle, les lésions valvulaires du cœur, les pneumonies caécuses.

Chaque âge a ses inflammations particulières: ainsi, les méningites, les angines graves, le croup, la pleurésie, la pneumonie, la péritonite sont spéciales à l'enfance; les congestions, les phlegmasies viscérales appartiennent à l'adolescence et à l'âge adulte; la vieillesse est exposée à un manque de réaction inflammatoire ou si l'inflammation a beaucoup d'acuité, elle désorganise les organes et détermine rapidement la mort.

Les inflammations sont plus fréquentes chez l'homme que chez la femme parce que probablement celui-ci est plus souvent exposé que la femme aux influences morbifiques du froid, de l'humidité, etc., mais il faut faire une réserve pour les phlegmasies, les organes génitaux qui sont bien plus communes chez la femme que chez l'homme. Il est reconnu que le froid hu-

mité prédispose aux phlegmasies des muqueuses, au catarrhe, etc., tandis que le froid sec favorise plutôt les inflammations viscérales mais le plus souvent l'action du froid est inexplicable, ainsi pourquoi le refroidissement aux pieds entraîne-t-il le rhumatisme, l'angine, le coryza, la pneumonie, etc.

Une grande richesse vasculaire, un haut degré de sensibilité favorisent l'inflammation.

Le tempérament lymphatique, la débilité résultant d'une nourriture imparfaite, l'état puerpéral prédisposent à l'inflammation et donnent moins de chance de résister à la maladie. L'état puerpéral, en particulier, aggrave le danger parce qu'il prédispose à la suppuration et à la pyohémie.

On peut classer l'inflammation d'après ses causes: 1<sup>o</sup> En inflammation simple ou par causes ordinaires; 2<sup>o</sup> inflammation diathésique (scrofuleuse, rhumatismale, goutteuse, etc.); 3<sup>o</sup> en inflammation spécifique déterminée par virus ou miasme. Ces deux dernières variétés sont généralement graves.

Je vous ferai grâce, messieurs, des symptômes et du traitement de l'inflammation.

---

## REVUE DES JOURNAUX.

---

### PATHOLOGIE ET CLINIQUE MÉDICALES.

---

#### Traitement de la fièvre typhoïde chez les enfants.

— Dans la forme la plus légère de la fièvre typhoïde chez les enfants, l'expectation doit suffire comme traitement; mais, dans la forme grave, on a deux choses à considérer: l'intensité même des symptômes et les complications. Il faut bien se garder toutefois d'appliquer une méthode de traitement unique à tous les cas. La méthode dite purgative, par exemple, qui consiste à purger légèrement les malades tous les jours, est mauvaise parce qu'on arrive ainsi à exagérer la diarrhée et qu'on débilité beaucoup les malades; d'ailleurs à côté des plaques de Peyer, il y a un certain degré d'entérite qu'on augmente beaucoup par les purgatifs répétés.

La médication tonique est la plus applicable d'une façon générale, et cependant elle ne satisfait pas à tous les cas. Elle consiste tout d'abord dans l'administration, dès le début de la

maladie, de boissons additionnées d'une certaine quantité de vin, le quart ou le cinquième, comme tisano ; si les enfants ne veulent pas la tisano de limonade qui est la plus généralement employée, on peut leur donner simplement du vin coupé avec de l'eau, ou bien encore du vin de Malaga au quinquina. En même temps on administre quotidiennement une potion ainsi composée :

Julep gommeux.....	ʒii ss
Sirop de limon.....	ʒv
Eau-de-vie, 20 à.....	ʒvj
Extrait de quinquina.....	ʒss

Enfin, à titre de tonique, M. Archambault donne très souvent le sulfate de quinine à la dose de 20 à 30 centigrammes pour les enfants de sept à huit ans.

À côté de cette médication s'adressant à l'état général du malade, il y a des symptômes particuliers qu'il faut surveiller. Au début, par exemple, si l'embarras gastrique paraît très prononcé, on donne un vomitif avec du sirop et de la poudre d'Ipéca. On peut le remplacer par la potion suivante :

Décoction de polygala.....	ʒiiij
Sirop d'Ipéca.....	ʒj
Poudre d'Ipéca.....	grs xv

On donne le quart de cette potion toutes les dix minutes. Un léger purgatif est aussi souvent nécessaire, d'autant plus que la constipation est fréquente dans la fièvre typhoïde des enfants, et on donne alors des eaux minérales naturelles, ou du citrate de magnésie dans une petite quantité de véhicule.

S'il se produit des douleurs vives dans la fosse iliaque, ce qui est assez fréquent chez les enfants, on doit s'abstenir de toute application de sangsues et faire simplement des embrocations calmantes, appliquer un cataplasme de flanelle imbibé d'une solution narcotique, ou même faire une injection sous-cutanée avec un quart de centigramme de morphine.

Les bains tièdes donnés tous les jours pendant la période aiguë constituent encore un moyen sédatif très favorable et utile à beaucoup de points de vue.

Enfin si la diarrhée est très intense, il est nécessaire de la modérer, et on peut le faire très rapidement avec la potion suivante :

Julep gommeux.....	ʒiv
Bismuth.....	ʒj
Laudanum de Sydenham.....	2 à 4 gouttes.

Tels sont les principaux moyens à employer dans les formes moyennes de la maladie. Dans la forme grave, les mêmes procédés sont applicables au début. Mais on observe quelque-

fois dans cette forme des vomissements fréquents. Ils peuvent être dus à l'intolérance de l'estomac pour le quinquina, qui doit être remplacé par un vin alcoolique. On donne aussi de l'eau de seltz glacée, et on fait appliquer des sinapismes sur le creux de l'estomac. De plus M. Archambault ayant remarqué que ces vomissements se produisaient presque toujours quelques instants après l'ingestion d'un aliment, fait souvent prendre une cuillerée d'une solution de trente centigrammes de bromure de potassium, dix minutes avant le moment où l'aliment doit être pris. De cette manière la tolérance de l'estomac se rétablit assez bien; mais il ne faut pas abuser du bromure, à cause de ses propriétés dépressives.

Les bains tièdes, quotidiens ou répétés plusieurs fois par jour dans les formes graves, sont extrêmement utiles, M. Archambault les préfère aux bains froids, dont l'application ne lui a pas donné de bons résultats. Lorsqu'il veut employer l'eau froide, il prescrit soit des lotions, soit le maillot. Les lotions se font simplement avec une grosse éponge mouillée dans de l'eau additionnée de vinaigre, et sont répétées trois ou quatre fois par jour; pour employer le maillot, on étend un drap mouillé sur une couverture, on enveloppe l'enfant dans le drap et la couverture, et on le laisse ainsi pendant vingt minutes environ; passé ce temps, sa température augmenterait au lieu de s'abaisser.

Le sulfate de quinine est employé en même temps et est indiqué toute les fois que la température est très élevée et surtout ne présente pas de rémission le matin, et aussi lorsqu'à la fin de la maladie se produisent de grandes oscillations dans la courbe thermométrique. On en donne 30 à 40 centigrammes chez un enfant de cinq ans, 50 centigrammes et même plus à huit ans; ce médicament est continué pendant cinq jours et est, du reste, toujours parfaitement bien supporté.

La congestion pulmonaire n'est pas une contre-indication à l'emploi de l'eau froide, mais de plus il faut ajouter alors l'emploi des sinapismes répétés et surtout des ventouses sèches, et, s'ils sont indispensables, des vésicatoires. Mais il faut toujours se défier de ce moyen chez les enfants, et ne s'en servir qu'avec la plus extrême prudence.

Dans les cas où les phénomènes cérébraux deviennent graves, s'il y a du délire ou de l'agitation, il faut donner le musc à haute dose, 1 gramme dans les vingt-quatre heures. On peut donner aussi 1 à 5 grammes d'extrait thebaïque dans une potion que l'on peut administrer par cuillerées tous les demi-heures; enfin on peut prescrire une solution de chloral tirée à 25 centigrammes par cuillerée à café, de manière à donner

exactement la dose que l'on juge nécessaire. Dans la forme comateuse, on ne peut guère que conseiller l'usage des toniques et donner le café en infusion.

On peut avoir à combattre encore quelques symptômes moins sérieux de la maladie? le ballonnement du ventre, par exemple, qui peut devenir excessif. Dans ce cas, la craie préparée à la dose de 2 à 4 grammes dans une potion et les lavements préconisés par Chomel;

Infusion de camomille.....	} parties égales
Eau de chaux.....	

donnent de très bon résultats. Mais il faut éviter alors l'emploi des purgatifs, car on ne ferait qu'augmenter cet accident. On doit veiller à une exquise propreté des malades, ce que facilite beaucoup l'usage des bains quotidiens, et, si la chose est possible, faire donner à l'enfant deux lits, un pour la nuit et l'autre pour le jour.—P. L.-C.—(*Journal de Méd. et de Chir. pratiques.*)

**Le régime lacté comme traitement prophylactique de l'éclampsie.**—Ce traitement consiste à soumettre la femme, dans les urines de laquelle on a constaté de l'albumine au régime lacté exclusif. Il ne faut pas, comme je l'ai vu faire, donner à la malade des côtelettes et du lait, ni même du pain et du lait. *Il faut que le lait, donné à discrétion, soit son unique boisson pendant quinze jours, un mois, six mois s'il le faut, en un mot tant que l'albumine n'a pas disparu absolument, et encore une dizaine de jours après.*

Les femmes arrivent ainsi à en boire trois litres par jour. J'en ai vu une, il y a trois mois, qui en buvait quatre litres et demi.

C'était une américaine qui demeurait avenue du bois de Boulogne. Quoiqu'elle fut parvenue au milieu du huitième mois de sa grossesse, elle avait cru pouvoir voyager; on visitant la chute du Rhin, à Schaffhausen, elle prit froid et s'enrhuma. Elle revint alors à Paris et me fit prier d'aller la voir. Je lui trouvai la face bouffie; j'examinai ses jambes, elles étaient infiltrées; j'analysai ses urines, elles contenaient une quantité énorme d'albumine. Je prescrivis aussitôt le régime lacté et, comme ce régime sévère lui répugnait, j'eus recours à l'autorité de M. Tarnier que je fis appeler en consultation. Elle résista beaucoup, mais enfin elle céda, et dès lors elle observa avec la plus exacte fidélité les prescriptions qui lui étaient faites.

Au bout de six jours, il n'y avait plus d'albumine dans les urines ; quelques jours après nous en vîmes reparaître, mais en petite quantité. La malade suivit son régime pendant trois semaines. Au bout de ce temps, les membranes se rompirent spontanément et elle accoucha sans avoir la moindre attaque éclamptique. Son enfant était petit, mais, grâce aux soins d'une excellente nourrice, il a pu s'élever.

Sous l'influence de ce régime, l'albumine disparaît quelquefois complètement en quinze jours et la malade arrive à terme sans éclampsie.

Chez d'autres malades, l'albumine diminue seulement de quantité. Néanmoins, ces malades accouchent généralement sans éclampsie.

Sans doute, il y a des albuminuriques qui n'ont pas d'éclampsie, bien qu'on ne les ait pas soumises au régime lacté. Mais, à la suite du traitement par le lait, cela est beaucoup plus fréquent. M. Tarnier me disait que, sur une vingtaine de malades auxquelles il a fait suivre ce traitement, pas une n'a eu d'éclampsie.

Sans vous promettre un succès toujours aussi constant, je recommande messieurs, de ne jamais négliger de prescrire le régime lacté aux femmes enceintes albuminuriques que vous aurez à soigner. Je suis même tellement convaincu qu'il y a là un grand service à rendre à vos clientes, que je vous conseille d'aller en quelque sorte au-devant de cette indication, de ne pas attendre qu'elle s'impose à vous par les phénomènes d'anasarque qui décèlent en général l'albuminurie et de rechercher, au contraire cette altération en examinant de temps en temps les urines pendant le cours de la grossesse.

L'utilité du régime lacté n'a rien qu'on ne puisse comprendre aisément. Le lait, me disait il y a peu de jours M. le professeur Potain, est à la fois un aliment et un diurétique. Il l'emporte sur les diurétiques inscrits au Codex en ce qu'il ne congestionne pas le rein ; il traverse l'organisme sans en irriter aucune partie. Par là, aussi, il est supérieur aux autres aliments, qui sont tous plus ou moins irritants. C'est pour cela, qu'en prescrivant le régime lacté, il faut, à l'exemple de M. Tarnier, exiger formellement qu'il soit exclusif. Dès qu'on ajoute au lait d'autres aliments, on risque de perdre le bénéfice de cette médication.

Le régime lacté est-il sans inconvénients ? Non, mais ces inconvénients sont tellement légers qu'en présence d'une maladie aussi grave ils ne méritent pas qu'on s'y arrête.

Il y a des femmes qui supportent difficilement le régime lacté. Il est même assez ordinaire de voir chez elles, au bout

de quelques jours, un véritable embarras gastrique. Vous le combattrez par les moyens ordinaires.

D'autres ont d'abord un peu de diarrhée, puis une constipation opiniâtre. Chez la femme de notre confrère dont je vous ai parlé, au bout de quinze jours, la constipation avait amené le développement d'hémorroïdes. Je pratiquai le touché rectal; je trouvai le rectum distendu par une masse de matières fécales qui n'était pas moins volumineuse que la tête d'un fœtus de huit mois. Ces matières avaient la consistance pâteuse de la terre glaise et une couleur jaune analogue à celle des gardes-robes d'enfants nouveau-nés. Pour en débarrasser la malade, je dus faire le curage du rectum; je lui administrai ensuite des purgatifs.—*Revue de Thérapeutique Médico-Chirurgicale.*

---

**De l'avantage du régime maigre, dans le traitement de la phthisie pulmonaire, par M. G. Regnault, professeur à l'École de médecine de Rennes.**

La thérapeutique est encore bien loin d'être assise sur des bases inébranlables, et le désaccord qui existe, presque infailliblement, entre les prescriptions de deux ou trois médecins appelés à voir successivement un même malade, si savants et si habiles qu'on les suppose, en est une preuve aussi évidente qu'avérée. Très rarement trois ou quatre médecins, rarement même deux praticiens arriveront, s'ils n'ont pas conféré ensemble, à faire dans un cas donné une prescription identique. Mais il y a pourtant des points qui font exception et au sujet desquels la généralité des praticiens suit, à chaque époque, une sorte de routine admise d'un commun accord, parce que le vent de l'instabilité médicale y pousse, et non parce que l'expérience en a démontré la valeur. Il y a cinquante ans, on eut trouvé beaucoup de médecins d'accord pour prescrire à tout hasard l'eau de gomme et les sangsues. Aujourd'hui la mode est aux toniques.

Les phthisiques surtout, considérés à peu près par tout le monde comme des gens profondément débilités, arrivés à la tuberculisation par suite d'une déchéance générale de l'organisme sont, à tort ou à raison, mais d'un consentement à peu près unanime, condamnés à ce qu'on appelle l'alimentation tonique, reconstituante. Les vins de Bordeaux, de St-Raphaël, de Malaga, leur sont prodigués, en même temps que leur régime alimentaire est institué par l'usage prédominant des viandes noires rôties ou grillées des beefsteaks, du gibier,

rostbeef, etc., auxquels on ajoute souvent des viandes crues, unies ou non à l'Alcool en quantité souvent considérable. Quelquefois même (Proh pudor !) le sang des animaux, arrangé sous divers déguisements ou même, pour les courageux, pris chaud ou presque vivant dans les abattoirs !

Le vin de quinquina forme l'accompagnement presque obligé de ce régime, auquel on ajoute même quelquefois des préparations ferrugineuses, malgré les avertissements de Trousseau, et les regrets si solennellement exprimés par lui, à propos de cette pratique dangereuse.

Cette manière d'agir (à l'exception toutefois de l'emploi du fer) a été la mienne jusqu'à ces derniers temps, et je fus profondément surpris de trouver, il y a quelques mois, dans un livre excellent, mais trop peu connu, les *Éléments de médecine de P. Jousset*, ce passage qui renversait complètement mes idées. Parlant du régime applicable en général aux phthisiques, cet auteur s'exprime ainsi :

“ Nous prescrivons un régime composé de viande, de vin et surtout d'alcool. Les cures de raisin et de lait, l'apaisement des symptômes obtenu par un régime végétal et la privation de vin nous portent à engager nos confrères à étudier sérieusement ce côté de la question. Il y a assez longtemps que les phthisiques meurent sous l'influence du régime tonique, pour qu'on soit complètement autorisé à chercher leur salut dans une voie tout opposée.” Il ajoute : “ Depuis la publication de notre première édition, nous avons soumis nombre de phthisiques au régime végétal, et avec un succès qui nous engage à persévérer dans cette pratique.”

Cet appel à l'expérience de la part d'un praticien aussi distingué méritait certainement l'attention. Aussi, après quelques hésitations, je fis quelques essais, d'abord timides, puis plus hardis. Plusieurs fois je donnai à des phthisiques qui venaient me consulter au début de leur maladie, le conseil de diminuer autant que possible la quantité de viande qui ontrait dans leur alimentation, et de supprimer complètement le vin. A ma grande joie, loin de s'en trouver mal, ils éprouvèrent un mieux manifeste, et je pus constater chez plusieurs d'entre eux, que je n'eus l'occasion de voir que de loin en loin, un changement notable d'une consultation à l'autre. Je ne puis malheureusement, faute de notes suffisantes, donner sur la plupart de ces malades des renseignements assez précis pour en retracer l'observation, mais je veux citer cependant, au début de ce travail, l'histoire de 4 ou 5 malades suivis de plus près, et dont la santé a subi, sous l'influence du régime maigre une modification heureuse autant que profonde.

.....

.....  
Après le récit de ces quelques cas, pris entre plusieurs autres qui m'ont paru aussi concluants, il conviendra d'examiner :

1<sup>o</sup> En quoi consiste le régime maigre, que M. Jousset entend conseiller aux phthisiques, quels en sont les effets, les indications et contre-indications :

2<sup>o</sup> Les raisons tirées, ou de la pathologie et la science étio-  
logique, ou de l'expérience thérapeutique déjà acquise, qui peuvent justifier cette règle diététique, nouvelle en apparence, mais déjà pourtant assez largement sanctionnée par la pratique.—*Revue de Thérapeutique Médico-Chirurgicale.*—A continuer.

—  
**Quelques mots a propos du vaccin.**—Dans la séance de l'Académie royale de médecine du 25 octobre dernier, M. le docteur Boëns, de Charleroi, membre correspondant a fait la lecture d'un travail intitulé : *Plus de Vaccin, plus de Vaccine, ou moyen d'arriver à supprimer la méthode de Jenner.*

La première partie de ce travail a été imprimé dans le Bulletin. Nous attendons la seconde pour faire une appréciation d'ensemble. Nous ne pouvons cependant laisser passer cette étude sans lui consacrer quelques lignes.

M. Boëns savait qu'en attaquant de front la vaccine, il soulevait un monde d'objections ; aussi a-t-il cru nécessaire de rappeler que son opinion ne datait pas d'hier ; que depuis vingt ans et plus, il l'avait professée.

L'exorde de son travail n'est pas faite pour se concilier les auditeurs et les lecteurs : " Certes, dit M. Boëns, je n'ai pas " la naïveté d'espérer que mes convictions seront partagées, je " ne dis pas dans cette enceinte où je n'ai jamais rencontré une " majorité sympathique, mais dans les Sociétés savantes et par " mi le Corps médical de notre pays et de l'étranger." Ce n'est pas ainsi qu'il fallait s'adresser à des collègues de l'Académie : Pourquoi faire cette lecture alors ? Pour chercher à convaincre ses auditeurs ? ou pour avoir le plaisir de faire savoir " au Corps médical de notre pays et de l'étranger " que l'on pense autrement que lui ? Au reste, la note agressive domine dans le concert de récriminations que M. Boëns adresse à ses collègues à propos de ses travaux antérieurs. Mais passons. Puisque M. Boëns dit avoir adopté et pratiqué la maxime : *Amicus Plato, sed magis amica veritas*, il nous permettra d'appliquer cette maxime dans les quelques lignes que nous lui consacrons. Ses opinions sur la vaccine, l'auteur les avait déjà émises il

y a nombre d'années, dans des articles publiés par le *Scalpel*, la *Gazette médicale*, de Liège, etc. ; il a même rappelé un article paru dans les *Annales médicales de la Flandre orientale* (1855-56), dont il a fait les prémisses de son travail. Dans ces lignes, il signale des faits curieux de coïncidence et alternance entre thyphus et variole, des observations de foyers épidémiques éteints par les seuls moyens hygiéniques, des apparitions de variole chez des sujets vaccinés, en somme tous faits particuliers qui pourraient être des arguments si la grande majorité des médecins n'en avait autant à signaler en faveur de la vaccine. L'auteur nous dit, par exemple, avoir observé le fait suivant. Pendant une épidémie de variole, trois membres d'une même famille tombent malades ; ce sont trois sujets vaccinés ; tandis que dans la même habitation, trois autres non vaccinés ne subissent aucune atteinte morbide.

Donc la vaccination ne préserve pas ?

Mais nous pouvons aussi bien retourner l'argument et en tirer un fait qui, du reste, est souvent vérifié : La variole éclate dans une famille. Il y a là trois vaccinés, trois non vaccinés ; ces derniers seuls sont atteints ; les autres restent parfaitement indemnes. Nous n'avons pas le droit de tirer une conclusion de ce fait, mais alors pourquoi en faire découler une du sien ? Notre cas sera cependant bien plus fréquent que celui cité par M. Boëas.

Quand des réunions médicales aussi imposantes que le Congrès d'Amsterdam, émettent le vœu de voir introduire dans la législation la vaccination obligatoire ; quand les gouvernements d'Angleterre et d'Allemagne imposent cette vaccine obligatoire, après avoir pris l'avis des Sociétés savantes et des sommités de la science médicale, M. Boëas peut-il raisonnablement dire que ces mesures ont été prises à la légère ?

Il veut remplacer la vaccine par l'hygiène et la médecine préventive, c'est très-bien ; mais un bon tiens vaut mieux que deux tu l'auras. Que l'on s'en tienne toujours à la vaccination, rien n'empêche de prendre et décréter toutes les mesures hygiéniques nécessaires. Et la vaccine est précisément de la médecine préventive.

Personne ne niera, et en cela les observations présentées sont heureuses, que souvent les vaccinations sont faites d'une manière inconsiderée et sans un discernement suffisant ; mais il serait bien difficile de citer *les cas nombreux* dans lesquels l'opération si légère de l'inoculation vaccinale aurait été suivie d'accidents dangereux, si pas mortels.

Tous les faits sont toujours discutables ; Un fait isolé ne prouve rien, un ensemble de faits est au moins une probabilité ;

et l'enthousiasme avec lequel la vaccination non seulement a été admise, mais continuée (malgré les prophéties d'il y a vingt ans de M. Boëns) à être admise et prônée par la grande majorité des médecins, est au moins un argument en faveur des bienfaits de la méthode.

M. Boëns base son opinion sur des faits qu'il a observés et analysés avec soin ; qu'il nous permette de dire que la nôtre s'appuie aussi sur des faits bien probants. Ainsi en l'année 1878, une épidémie de variole assez intense à sévi dans le bassin de la Meuse, étendant ses ravages dans les agglomérations de Seraing, Val-St-Sambert, Yvoz, Ramet, Tilleur, etc. Dans les communes de Flémalle Grande et Flémalle-Haute où les vaccinations de tous les enfants sont faites régulièrement chaque année, depuis 35 ans, par le médecin de la localité, l'épidémie n'a pu se déclarer, et cela malgré les rapports quotidiens qu'amènent entre les populations de ces communes, les travaux nouillers de Seraing, Flémalle, etc. Tout au plus, huit cas de variole ont été observés dans ces deux importantes localités, dont trois frappèrent des étrangers de passage.

L'opinion générale est en faveur de la vaccine, et il faudrait apporter des preuves bien concluantes pour renverser une méthode aussi universellement en pratique. Si l'on voit des vaccinés mourir de la variole, c'est une raison pour revacciner.

A ce sujet, nous revient en mémoire la curieuse observation suivante d'un éminent professeur de l'Université de Liège :

Il s'était revacciné, toutes les pustules vaccinales évoluèrent parfaitement. Voulant juger de la réceptivité morbide épuisée ou non, il procéda quelque temps après à une nouvelle vaccination et vit de nouvelles pustules se développer. L'opération fut renouvelée une troisième fois, et cette fois encore une pustule se montra. Cela prouve que loin de devoir supprimer la vaccine et le vaccin, il faudrait au contraire insister sur les revaccinations.—Dr L. DEJACE, de Flémalle.—*Le scalpel.*

—

**Les gourmes chez les enfants.**—(Leçon de M. J. SIMON, à l'Hôpital des enfants.)—L'étude des gourmes chez les bébes me conduit à la discussion suivante : 1<sup>o</sup> ces maladies de la peau peuvent-elles répercuter,—selon l'expression consacrée—sur les principaux organes internes ? Si cette répercussion existe, quelle est la cause ? Relève-t-elle du traitement ou des influences qui sont étrangères ?

2<sup>o</sup> Doit-on s'abstenir de traitement ? Les gourmes ne sont-elles pas une source d'affaiblissement qui nécessite l'intervention ?

3<sup>o</sup> Quel est le traitement à leur apporter ?

1<sup>o</sup> Les affections eczémateuses peuvent-elles, par leur disparition, provoquer des accidents vers les organes internes ? Tout semble plaider en faveur de cette opinion. Ne voyez-vous pas, à notre consultation, des bébés atteints de diarrhée ou de bronchite intenses qui semblent être la répercussion d'un eczéma impétigineux disparu. Voilà le fait. Mais passons à l'interprétation. Qu'apprenons-nous ? On a provoqué la diarrhée par des aliments indigestes. Le bébé a été exposé à des refroidissements avérés. Dans le premier cas la diarrhée, dans le second la bronchite se sont développées avec d'autant plus d'intensité qu'il s'agissait d'un enfant affaibli, habitué déjà à fournir des sécrétions abondantes du côté de la peau. Si l'inflammation eczémateuse a pâli momentanément ce n'est pas une action directe sur la peau ni une répercussion qui l'a suivie qui on sont la cause originelle, mais, au contraire, les inflammations internes agissant par une sorte d'appel de la périphérie au centre. Supposez un instant que l'enfant à été soumis à un traitement anodin quelconque au moment de l'apparition de ces accidents, la famille n'hésitera pas à s'en prendre à votre traitement et point à ses imprudences. Cette réflexion est essentiellement humaine et, dans la pratique de la médecine, nous sommes journellement témoins et victimes de jugements identiques. Ce que je vous concède, c'est que les enfants couverts d'eczéma sont plus sujets aux fluxions et à des inflammations internes, au même titre que les individus rhumatisants, habituellement en sueurs au moindre effort. Telle est la raison que j'invoque auprès de vous, pour les faire sortir de cet état qui les expose à toutes espèces de complications.

En résumé, je ne nie pas une sorte de balancement qui s'établit entre la peau et les muqueuses, loin de là, je le proclame ; mais je n'en place pas la cause dans l'affection elle-même, mais bien dans les imprudences des nourrices et des gardes des enfants.

2<sup>o</sup> La répercussion, interprétée comme je viens de le faire, existe sans conteste, mais doit-elle imposer l'abstention ? Je réponds par la négative. Il est incontestable que les bébés couverts d'eczéma sont d'une susceptibilité excessive aux diverses causes qui provoquent la diarrhée, les bronchites, les broncho-pneumonies, les congestions méningo-encéphaliques, et que ces affections prennent chez eux des caractères d'autant plus graves qu'ils sont préalablement tourmentés par des gourmes plus généralisées.

Mais en dehors de cette susceptibilité spéciale des enfants eczémateux, comment ne pas comprendre que cette inflamma-

tion démangeante, suintante, prive de sommeil, agace le système nerveux et devient une source de fatigue et de débilité ? Comment ne pas établir une sorte de rapprochement entre ces eczéma, quand il sont étendus, et les brûlures généralisées qui, par la douleur, la perturbation des fonctions cutanées, déterminent de hypersécrétions vers les intestins et d'autres organes internes, sans répercussion, sans disparition de la dermite. Puisque les gourmes affaiblissent les enfants, puisqu'elles les exposent à une foule d'accidents vers les organes internes, par le seul fait de leur persistance et non pas de leur disparition, il faut donc leur opposer systématiquement un traitement approprié.—(*Progress médical*).—*Le concours médical*.

**Oreillons ; emploi du jaborandi.**—Décidément, nos médecins militaires s'accommodent parfaitement du jaborandi, quand ils en jugent l'application rationnelle. Nous le comprenons parfaitement. Ce végétal a une action sûre, puissante et inoffensive. Nous en avons fait cent fois usage, et nous sommes encore à enregistrer notre première déception ; nous parlons ici du jaborandi en feuille et non de son alcaloïde.

Voici le fait dont il s'agit :

M. Gosse, médecin principal de l'armée belge — *Archives médicales belges*—reçoit dans son service, à l'hôpital militaire de Louvain, un soldat atteint d'oreillons sous une forme assez aiguë. Il lui fait administrer une infusion de 120 grammes avec 4 grammes de feuilles de jaborandi, en deux fois, à 10 minutes d'intervalle. 5 minutes après, la salivation est devenue tellement abondante, qu'en 3 ou 4 heures, le malade en remplit son crachoir. En même temps, la peau est ruisselante de sueur. Il s'en suit aussitôt un amendement de tous les symptômes. Le lendemain, la potion est renouvelée et la guérison est complète le troisième jour.

Connait-on un moyen plus efficace ?

Mais ce qui intrigue un peu notre savant confrère, M. Gosse, parce qu'il n'y trouve pas une explication aussi rationnelle que dans le cas précédent, c'est que, ayant reçu dans son service un malade atteint de vomissements incoercibles, il lui administra avec succès la pilocarpine. C'était un soldat. Après divers traitements et diverses rechutes, il était arrivé à vomir tous ses repas, ce qui avait produit un amaigrissement considérable : de 74 kilos, il n'en pesait plus que 64. M. Gosse s'était assuré que ces phénomènes ne dépendaient pas de lésions organiques. Une observation du Dr. Ortille, sur l'efficacité du

chlorhydrate de pilocarpine, dans des cas de hoquet, lui inspira l'idée de l'administrer à son malade. 2 centigrammes en injection hypodermique amenèrent la salivation et des sueurs profuses. Pendant cette journée, les aliments sont retenus. Le déjeuner du lendemain est de nouveau rendu. Mais une nouvelle injection arrête *définitivement* le vomissement, et le malade est envoyé en congé. Chose à noter, aucun des inconvénients attribués par certains praticiens à ce médicament ne s'est produit.—*Le Scalpel.*

---

## PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALES.

---

**Fractures ; Du bandage gommé dans leur traitement ;** Par le Dr Lucien WILMART, professeur à l'Université de Bruxelles. — Nous employons depuis quelque temps déjà, et à notre entière satisfaction, la gomme arabique, comme moyen d'agglutination des pièces de pansement, qui visent la rigidité et l'immobilisation d'une partie quelconque.

Nous appliquions un soir, chez nous, un bandage destiné à maintenir, en bons et avantageux rapports, les fragments de l'humérus d'un enfant en très bas-âge. En ce moment nous n'avions pas sous la main, comme dans les hôpitaux, la classique écuelle d'empois. D'autre part, nous ne demandions qu'à nous dispenser de l'ennui de nous mettre à préparer de l'amidon *et cetera*. Nous avisons sur notre table un ample flacon de gomme arabique en solution sursaturée. Aussitôt nous en ondoyons nos bandes déjà appliquées, et, à l'aide de cet agglutinatif improvisé, nous gâchons la cuirasse faite à l'enfant. Le lendemain, nous revoyons notre petit malade et nous sommes complètement satisfait de notre bandage, qui est bien sec et bien rigide. A partir de ce jour, notre moyen usuel d'agglutination des bandes est resté, sans conteste, la gomme arabique dissoute.

Nous énoncerons plus loin les avantages que peut présenter ce moyen, tout en ne dissimulant pas les reproches dont il est passible.

Pour le quart d'heure, nous allons dire comment s'en pratique l'application.

Dans le principe, nous employions la gomme dissoute tout comme on se sert de l'empois, c'est-à-dire qu'au fur et à mesure du roulement de la bande sèche, un pinceau trempé dans le

liquide plastique était vigoureusement promené sur les do-loires.

L'expérience ne tarda pas à nous démontrer le côté défectueux de cette méthode. En effet, quelque épaisse que soit la solution, quelque précaution que l'on prenne, elle ne laisse pas de dégoûter facilement et du pinceau et de la bande. Inconvénient que de l'empois bien fait ne présente pas. C'est évident.

Pour remédier à cette imperfection de la gomme ainsi employée, nous imaginâmes de l'amalgamer au préalable avec la bande. Voici comme nous avons procédé : La bande, préalablement déroulée, est trempée dans une solution sursaturée de gomme arabique, puis livrée à la dessiccation, enfin roulée à nouveau en attendant l'heure de son emploi. Pour en faire usage, il suffit de plonger le globe dans de l'eau chaude et de l'y maintenir jusqu'à complète humectation, puis de l'appliquer comme une bande sèche.

On le comprend sans peine, cette pratique, si elle a sur l'usage de l'empois l'avantage de tenir toujours sous la main une bande armée de son agglutinatif, cette pratique, disons-nous, altère cette supériorité par plusieurs défauts. D'abord la préparation de la bande exige un certain travail, puis l'humectation demande du temps et de l'eau chaude ; enfin, l'imbibition ne se fait qu'au prix d'une perte sensible de l'agglutinatif, que les lois de l'endosmose dispersent dans le liquide humectant. En voilà bien assez pour faire bonne et sommaire justice de ce procédé.

Nous nous sommes arrêté à ce qui suit : Dans un bocal ou un récipient quelconque de dimension suffisante, on fait une solution sursaturée de gomme arabique dans de l'eau commune, à la température ordinaire. Dans ce milieu liquide, on plonge des globes de bandes, en toile, en coton, en moussoline, peu importe. Ces globes peuvent être aussi volumineux et aussi fortement serrés que l'on voudra. On a soin de faire en sorte qu'une légère couche de liquide surnage au-dessus des bandes immergées. Le récipient est ensuite refermé et tenu en repos.

Qu'arrive-t-il ? Eh bien ! si on a soin de temps en temps de verser un peu de solution pour remplacer celle que l'imbibition a rendue latente, une semaine ne s'écoule pas que toutes les bandes sont humectées jusqu'au centre des rouleaux. Pour en faire usage, pas n'est besoin de longuement insister là-dessus ; il suffit d'en exprimer d'abord quelque peu le liquide surabondant et de les diriger sur la partie à fixer, tout comme on le ferait avec des bandes sèches. Quant à la dessiccation, elle est au moins aussi rapide pour ce bandage que pour celui de Seutin. Voilà l'exposé des faits. Voyons maintenant quelle

valeur pratique il faut attribuer à notre appareil. Certes, le problème suivant ne serait pas dénué d'intérêt :

“ Trouver pour solidifier un bandage un agglutinatif extemporané, qui s'applique à froid, fasse corps avec la bande et soit imputrescible. ”

Les conditions de cet énoncé, dont personne à coup sûr ne nierait l'importance, sont toutes, sauf une, étrangères à l'amidon. En effet, de tout cela il ne possède que l'application à froid.

Notre bande imbibée, au contraire, satisfait à toutes les conditions du problème. Bande et agglutinatif ne font qu'un, le tout est imputrescible et peut toujours se trouver sous la main comme un instrument dans l'arsenal d'un chirurgien ou comme un remède dans l'officine d'un pharmacien.

Nous pourrions ajouter que jamais empois, fût-il si parfait qu'on voudra, la main qui l'étend, fût-elle si habile qu'il plaira, jamais empois ne sera si uniformément réparti dans tout le bandage que l'est, par notre méthode, la gomme arabique. De plus, c'est un fait d'expérience, la gomme n'amène aucune rétraction des bandes par la dessiccation. Après celle-ci, comme avant elle, la compression exercée par les bandes reste telle que le chirurgien l'a exercée.

Ah! nous savons bien que dans la chaumière du paysan, on aura plus vite euit un peu d'amidon que fait chercher des bandes gommées. Aussi n'est-ce pas pour cette chirurgie-là que nous écrivons.

Le problème énoncé plus haut est un *desideratum*, non pas du médecin en tournée, non, mais c'est le *desideratissimum*, dirions-nous volontiers, du praticien opérant chez lui, immobilisant dans son bureau quelque membre fracturé, enflammé, nécessitant d'urgence l'application d'un appareil contentif. Ceci dit pour être bien rigoureux. Car, au fait, à la campagne même, ne serait-il pas avantageux de faire prendre chez le pharmacien, le nombre de bandes gommées nécessaires à la confection d'un appareil à fracture? Cela vaudrait toujours beaucoup mieux que tout ce qu'on pourra fabriquer, là, sur l'heure, à l'aide de chiffons mal découpés, mal rajustés et surtout mal roulés. La tâche du médecin en serait à coup sûr facilitée, et sa dignité ne ferait qu'y gagner. Quant à nous, nous n'avons jamais rien fait ni de beau ni de bon, avec de mauvais éléments.

Une autre objection ne manquera pas de se produire. On dira : la gomme coûte plus cher que l'amidon. Nous n'y contredisons pas. Mais dans la pratique civile, soit en ville, soit à la campagne, ce ne sera jamais un obstacle à la vulgarisation

du procédé ; car le prix de ce qu'il faut de gomme, pour appliquer un bandage à un adulte, est vraiment dérisoire. Pour les hôpitaux, l'objection paraît un peu plus sérieuse, car là, on a toujours sous la main de l'empois amylicé, plus ou moins frais il est vrai. Du reste, ici comme plus haut, on pourrait formuler la même réfutation. Jamais on n'hésitera, dans un hôpital, à prescrire tous les jours, à un malade, une potion bien chère au sulfate de quinine, jamais on n'hésitera à lui appliquer des vésicatoires et du spara-drap, c'est tout naturel. Dès lors, qu'o devient la dépense de quelques onces de gomme arabique ?

Quoi qu'il en soit, nous le déclarons hardiment, comme célérité d'application, comme uniformité d'agglutination, comme garantie contre toute chance de putréfaction, la gomme arabique l'emporte de haute lutte sur l'empois vulgairement usité. (*Presse médicale Belge.*)—*Le Scalpel.*

---

## HYGIÈNE.

---

**Hygiène de la circulation du sang.**—Nous savons que, pendant plusieurs siècles, l'hygiène de la circulation est restée une énigme et qu'il n'y a pas longtemps que ce mécanisme a été découvert.

Après de longues études et de nombreuses expériences, il a été reconnu que le moteur principal de notre mécanisme est le cœur qui, à l'instar d'une pompe, envoie le liquide sanguin dans tous les centres et les périphéries de notre organisme.

Les mouvements de cet organe important sont si bien réglés, que le sang arrive, avec une exactitude mathématique, jusqu'aux plus infimes parties de notre être.

La circulation du liquide vivifiant dans notre organisme se fait par les mouvements graduels des veines et des artères, qui sont autant de canaux de communication directe avec le principal moteur. Pour se faire une idée exacte de l'importance de la circulation sanguine dans l'homme, il est utile de noter le nombre des battements du cœur pendant une certaine période déterminée. Ainsi, on compte 76 pulsations par minute chez l'homme debout, 68 lorsqu'il est assis, et 62 dans la position horizontale, le sujet étant exempt, bien entendu, de toute affection morbide.

Par cet exposé de la physiologie de la circulation sanguine, on peut se convaincre de quelle importance est, pour l'écono-

mie animale, la régularité des pulsations de notre cœur. Cet organe, on le sait, se meut en dehors de notre volonté, et par suite, le mouvement dont nous parlons ne peut être assujéti à une règle stable.

Cependant, la science physiologique, avec les progrès qu'elle a réalisés, est à même de nous fournir des notions approximatives sur l'hygiène de la circulation artérielle et veineuse.

On connaît parfaitement les causes qui influent sur le système sanguin. Il est donc possible, avec l'aide de quelques soins, d'obtenir des résultats satisfaisants.

Ainsi, les liqueurs alcooliques augmentent la circulation, tandis que les alcalins la diminuent d'une manière très sensible.—En dehors de ces agents physiques, il existe une suite de causes morales qui ont sur elle une action puissante : les exercices prolongés des muscles, l'excitation des passions, les longues veillées, les impressions morales, le rire, la colère, etc., sont autant d'agents qui influent sur le système sanguin. C'est à ces causes occasionnelles que les hommes sont redevables d'un grand nombre de maladies qui les atteignent.

Le cadre de ce travail ne nous permet pas de présenter un résumé des maladies en question ; nous ferons seulement remarquer que, le plus souvent, elles affectent le cœur ; qu'elles sont, en général, assez dangereuses, et qu'elles emportent, dans la plupart des cas, le patient d'une manière subite, comme l'apoplexie foudroyante ou l'anévrisme.

Ce genre de mort, résultat des affections chroniques du principal organe de la circulation, devient, il me semble, de plus en plus fréquent.

Il ne se passe pas de jour où l'on n'enregistre des cas de mort subite par affection du cœur. Si on étudiait sérieusement les causes qui y contribuent, on serait souvent arrêté par une vérité effrayante.

Quoique nous ne puissions indiquer d'une manière certaine les circonstances qui engendrent les maladies, nous pouvons hardiment avancer que notre genre de vie n'y est pas étranger.

Souvent on mange et on boit trop, on ne fait pas assez d'exercice au grand air, on prend des boissons alcooliques en trop grande quantité, et peu de personnes s'abstiennent de fumer outre mesure. Ces coutumes, lorsqu'elles deviennent excessives, sont d'une importance déplorable pour la circulation, où elles engendrent des anomalies, dont le résultat est une altération sensible des fonctions du cœur, altération qui amène, à n'en pas douter, toutes les congestions sanguines.

Pour empêcher le cœur de contracter des maladies dangereuses, il est bon d'indiquer ici un régime hygiénique dont l'expérience a prouvé l'efficacité.

Les personnes qui mènent une vie sédentaire et qui ne peuvent faire chaque jour des exercices à l'air libre, doivent, deux ou trois fois par semaine, exclure la viande de leur nourriture; elles doivent particulièrement manger des végétaux et des poissons, boire peu de vin, rarement des spiritueux, faire usage de bonne eau, et en quantité suffisante; ne pas s'endormir après les repas, se purger de temps en temps avec des substances salines, éviter les émotions du jeu ou autres passions, ne jamais se laisser aller à l'ennui de la solitude, éviter les bains très-chauds ou très-froids, et chercher à respirer le plus souvent possible, l'air de la campagne, porter sur soi de la flanelle et ne jamais se servir d'habits étroits.

Il faut surtout éviter de se mettre en colère.

Voilà les règles principales de l'hygiène qui peuvent préserver l'organisme des affections du cœur, malheureusement si fréquentes, et prémunir souvent contre les morts subites. (*Lancette belge.*)

**Hygiène des dyspeptiques.**—Dans l'un de ces remarquables articles d'hygiène pratique, dont il a depuis longtemps le secret, M. le professeur Bouchardat passe en revue les meilleures conditions d'un traitement hygiénique des dyspepsies (troubles divers de l'estomac et souvent d'autres parties de l'appareil digestif, qui ne peuvent être rapportés à aucune maladie ou lésion spéciale)

Au cours de son exposition, il emprunte au dernier ouvrage de Chomel, un chapitre que nous recommandons vivement à l'attention de nos lecteurs.

#### DISTRIBUTION DES REPAS.

“ La manière dont les repas sont distribués est un des points qui mérite le plus l'attention du médecin chez les personnes atteintes de dyspepsie. Je ne manque jamais de diriger mes questions sur ce sujet, et je dois ajouter que, de toutes les causes qui peuvent troubler les fonctions digestives, celle-ci est, d'après mes observations, la plus commune.

“ Je demande aux dyspeptiques, lorsqu'ils ignorent la cause qui trouble leur digestion, quel est leur meilleur repas, et s'ils me répondent : *le déjeuner*, mon diagnostic est presque établi. Les détails qu'ils me donnent sur ce repas, sur le plaisir qu'ils ont à le faire, sur l'abondance des aliments qu'ils prennent le matin, sur la facilité avec laquelle ils arrivent au moment du

diner, leur peu d'appétit, la satiété prompte qui suit l'ingestion des premiers aliments, l'engourdissement physique et intellectuel qui a lieu après le repas, le dérangement de leur sommeil, etc. ; tout cela vient confirmer pleinement, chez le plus grand nombre, l'opinion première que n'avait inspirée leur réponse. J'étais autorisé à conclure que le déjeuner, qui sous le rapport de la satisfaction gastronomique était leur meilleur repas, était, sous le rapport hygiénique le plus mauvais, puisqu'il était la véritable cause de leur inappétence au dîner et du dérangement de leur digestion. Généralement, dans nos habitudes parisiennes, le déjeuner, non-seulement est trop fort, mais il est séparé du dîner par un intervalle insuffisant.

“ Le déjeuner a lieu ordinairement vers onze heures, dans quelques maisons à midi, à une heure même chez les personnes dont la matinée est consacrée aux exigences des affaires. Le dîner ayant lieu à six heures et demie, l'intervalle entre ce repas et la fin du premier se trouve réduits à six, cinq et même quatre heures, et plus le déjeuner a été retardé, plus il a dû être copieux. Il est indispensable que le médecin insiste sur la nécessité d'un temps à peu près fixe entre ces deux repas, et ce temps chez l'adulte et l'homme fait, ne doit pas être moindre de six à huit heures. Du reste, cet intervalle doit être subordonné à la quantité et à la nature des aliments, il doit être moindre quand les repas sont légers, plus considérable quand ils sont forts.

“ L'absence d'un intervalle suffisant entre les repas est particulièrement nuisible aux personnes dont la vie est sédentaire dont les occupations sont intellectuelles, et dont les organes digestifs ne sont pas aidés par un exercice suffisant. Au contraire, l'homme qui se livre chaque jour à des travaux durs comme le terrassier, le moissonneur, ne peut pas mettre plus de trois à quatre heures entre chaque repas, et encore est-il obligé, surtout s'il est dans la force de l'âge, de les faire copieux.

“ Les inconvénients qui résultent de l'insuffisance d'intervalle entre les repas, augmentent avec les progrès de l'âge. L'adulte peut et doit manger trois fois le jour ; l'homme fait, deux fois ; le vieillard en général ne fait qu'un repas, mais il peut le faire copieux ; il faut seulement qu'il accorde à son estomac devenu paresseux, mais partiel, le temps dont il a besoin pour accomplir entièrement l'acte de la digestion.

“ La plupart des vieillards parmi ceux qui s'observent convenablement, chez qui la raison l'emporte sur le plaisir de manger et qui pourraient et devraient être leur propre médecin, en ce qui concerne le régime, sont conduits d'eux-mêmes

à ne manger qu'une fois à l'heure un peu tardive, pour eux surtout du dîner ; à peine prennent-ils le matin un potage, une tasse de café au lait, de chocolat ou de thé. Si le vieillard ne doit faire qu'un repas proprement dit, l'homme fait deux, l'adulte trois ; quatre sont nécessaires dans l'adolescence, cinq dans la seconde enfance, un nombre presque illimité chez l'enfant à la mamelle.

“Le sujet que j'ai essayé de traiter sommairement, et je le reconnais, très-imparfaitement, est un des plus difficiles de la médecine. On comprend, comme on l'a vu, sous le nom de dyspepsies, un grand nombre d'affections étiologiquement différentes. Il faudra en constituer des maladies distinctes. Guidés par l'anatomie pathologique, Chomel et Louis ont réuni magistralement sous les nom de fièvre typhoïde une foule d'affections différentes. C'est le progrès réalisé par la synthèse ; pour la dyspepsie, il faudra employer une autre méthode : par l'analyse, on constituera des entités morbides différenciées par leurs causes, par leurs symptômes, par leur traitement. Quoi qu'il en soit de cet avenir, j'espère qu'on conclura avec moi que la thérapeutique étiologique est la voie dans laquelle il faut s'efforcer de marcher et qu'elle est aussi sûre qu'innoffensive.”—Dr J.-M. CYRANOS.—*La Lancette Belge.*

---

## MÉDECINE LÉGALE.

(Suite.)

---

**Etudes sur la mort.**—*Signes tirés de la circulation capillaire.*—Aussitôt après l'extinction de la vie, le sang reflue des capillaires vers les grandes cavités splanchniques. C'est ce qui explique la pâleur du visage.

On a tiré de ce fait un parti précieux. Si l'on pose un lien circulaire autour d'un membre, plus aisément, autour d'un doigt, le sang, en y affluant, en détermine la congestion.

*La circulation rétinienne.*—Ce signe précieux de la mort est encore dû à M. Bouchut.

Si l'on examine, à l'aide de l'ophthalmoscope, le fond rétinien, quelques instants après la mort, on voit que les vaisseaux cessent de se dessiner sur la rétine ou se revèlent toutefois encore quelques îlots. Il se produit, en un mot, des espaces libres, limités par des caillots sanguins. Ce phénomène s'ex-

plique par un défaut de pression : le sang coagulé reste en place, faute d'être poussé par une nouvelle onnée sanguine.

Voilà, assurément, un signe précis dont on pourrait, à l'occasion, tirer un grand profit. Mais, pour de nombreuses raisons, ce mode est peu pratique.

En premier lieu, la grande majorité des praticiens ne sait pas faire usage de l'ophtalmoscope.

En second lieu, au bout de deux à trois heures, la cornée et les milieux de l'œil perdent leur transparence.

*Ventouses scarifiées.*—C'est encore là un moyen très incertain pour constater la mort. Il se montrerait tout à fait insuffisant dans les cas de syncope, qui s'accompagnent d'un arrêt absolu de la circulation capillaire.

*Transparence des doigts.*—Si ce moyen est peu médical, du moins il jouit d'une grande notoriété publique.

Sans parler des oreilles, certains organes, les doigts, par exemple, examinés à contre jour, fournissent une petite zone transparente. Cette transparence disparaît avec la mort.

On pourrait croire que ce phénomène s'accroît en raison de la délicatesse de la peau. A ce titre, il serait surtout précieux chez les sujets qui ne se livrent à aucun travail manuel, chez les femmes à la peau blanche et fine, dont les mains sont le plus souvent gantées. Or, on peut être surpris d'apprendre que c'est dans de telles conditions que se produit à un moindre degré la transparence. C'est, au contraire, chez les personnes qui se livrent aux plus rudes travaux qu'elle est le plus prononcée. De ce nombre sont les boxeurs anglais. Ce signe permet même de constater leur excès d'entraînement. Veut-on parier pour un boxeur ? On fait sur sa main l'épreuve de la lumière. C'est d'après le degré de transparence de ses doigts que l'on établit sa cote.

Ces faits qui, au premier abord, ont lieu de surprendre, s'expliquent aisément. La transparence est due à circulation des globules sanguins. Plus ces globules sont riches et nombreux plus cette transparence est prononcée et inversement. Par la même raison, ce phénomène cesse de se produire quand la circulation s'est interrompue avec la vie.

*Lividités cadavériques.*—Voici un signe des plus précieux. Sur 15,146 cas dans lesquels il a été appelé à constater la mort, Moland n'a pas vu une seule fois manquer ce caractère.

Les lividités cadavériques s'observent sur les parties déclives. Leur couleur lie de vin pourrait les faire confondre avec des ecchymoses. Une incision superficielle permet de distinguer ces dernières, dans lesquelles on constate la congestion du réseau capillaire de l'enveloppe cutanée.

C'est là un signe excellent dans les cas où la mort ne dépasse pas une douzaine d'heures. Dans cette intervalle, en effet, les lividités sont susceptibles de se déplacer. Elles occupent toujours les parties déclives. Par contre, les ecchymoses ne changent pas de position. Rien donc de plus facile que de constater si une tache tégumentaire est en rapport avec une lividité. Il suffit, pour cela de retourner le cadavre. Ce signe, encore une fois, n'a d'importance que durant les douze heures qui suivent le décès. Passé cet intervalle, les lividités ne se déplacent plus. Ce caractère peut acquérir une grande importance quand, par exemple, un accusé invoque un *alibi*, pour établir qu'il n'a pu commettre le crime à un moment où il était loin des lieux où il a été accompli.

Dans les conditions ordinaires, les lividités commencent à se produire de 3 à 5 heures après la mort. Il est des circonstances dans lesquelles on les voit apparaître beaucoup plus tôt. Il en est ainsi dans l'asphyxie, dans le choléra, dans les maladies infectieuses. Alors on peut les constater quelques instants après l'extinction de la vie.

Les lividités sont dues à la transsudation du sang mêlé à la sérosité des vaisseaux dans le tissu cellulaire. C'est un des premiers indices de la putrefaction.

Tourdes a fait de nombreuses expériences pour se rendre compte de la rapidité de la décomposition du sang. Il a vu les globules sanguins se déformer deux heures après la mort. Ils cessent de s'empiler comme des pièces de cent sous, caractère que présentent les *globules vivants*. Ils se confondent, envoient des prolongements qui leur donnent les apparences de bactéries.

Cette décomposition est extrêmement rapide dans les maladies putrides, dans la fièvre typhoïde, le scorbut, etc. Dans tous ces cas, l'examen microscopique du sang permet sûrement à l'aide des caractères ci-dessus, de constater la mort au bout de 3 ou 4 heures et même souvent plus tôt.

*Le froid de la mort.*—Il est de notion vulgaire que le refroidissement est le cachet de la mort.

Dans ces derniers temps, depuis que les médecins ont appris à faire usage du thermomètre, il leur a été donné de constater des faits singuliers.

Dans un grand nombre d'affections telles que les maladies infectieuses, l'asphyxie, la rage, l'intoxication par la vapeur du charbon, on voit la température s'élever de 1°,2 et plus après la mort.

Dans un cas de variole confluyente, M. Brouardel a vu, dans son service, le thermomètre marquant 40°,5 au moment du décès, s'élever à 44° une demi-heure après.

Un tel fait serait incompréhensible si on ne se rappelait qu'on ne meurt pas *en bloc*.

Particularité digne de remarque, les organes meurent selon leur ordre hiérarchique. L'intelligence, la respiration et la circulation s'éteignent tout d'abord; les actes végétatifs survivent aux fonctions de l'ordre le plus élevé. Ceux-ci ayant pris fin à leur tour, les actes chimiques continuent. Ce sont ces derniers qui déterminent l'élévation de la température. Après quoi, la courbe thermique se met à descendre. C'est à partir de 2 heures que cette descente devient la plus rapide.

Le refroidissement des cadavres se fait dans un laps de temps très variable. On a souvent été surpris de retrouver les corps de certains cholériques encore chauds trente heures après le moment de la mort. Chez les sujets épuisés, les phthisiques, par exemple, les cancérés, les sujets morts d'inanition, les cadavres obéissent aux lois qui régissent le refroidissement. L'équilibre se produit beaucoup plus lentement chez les personnes subitement frappées de mort en bonne santé.

Une expérience thermométrique très curieuse a été faite par M. Bourneville, alors interne de Marot, à la Pitié.

Un homme était resté étendu sur le carreau au fort de l'hiver. Apporté le soir à l'hôpital, il fournit une température rectale de 27°4. On mit en œuvre tous les moyens susceptibles de le réchauffer, qui ne permirent de gagner qu'un degré de chaleur. Le lendemain matin à huit heures, cet homme succomba. Un quart d'heure après sa mort, la température rectale s'est élevée à 36°.

On voit, par ce qui précède, que le thermomètre peut fournir des indices précieux concernant la mort réelle. En tous cas, ce moyen ne saurait jamais sortir du domaine médical.

*Les empreintes parcheminées.*—Si, sur un sujet vivant, on enlève l'épiderme en frottant fortement la peau avec une brosse dure ou un torchon, il se produit une exsudation séro-sanguine, une excoriation. L'expérience répétée sur le cadavre ne donne lieu à aucune transudation. Si le derme, dépouillé de son épiderme, est examiné par transparence, il présente l'aspect du parchemin, caractéristique du sillon des pendus. On peut trouver dans ces empreintes des indices propres à éclairer la justice. Par ce caractère, on arrive à constater si les excoriations, érosions ont été faites pendant la vie ou après son extinction.

*Une brûlure a-t-elle été faite pendant la vie?*—Dans certains pays on a l'habitude de faire l'épreuve de la mort en faisant tomber sur la peau de la cire en fusion ou de l'eau bouillante. Le marteau du Mayor a souvent été employé dans les mêmes

circonstances. Il importe de savoir les caractères d'une brûlure faite pendant la vie ou après la mort.

Deux caractères distinguent la première de la seconde. Dans les deux cas, l'épiderme est soulevé par de la sérosité. Mais, durant la vie, il se forme autour de la phlyctène un petit cercle rouge. Vient-on à détacher l'épiderme, on constate, sur la surface avivée, un petit pointillé, double indice de la persistance de la circulation, c'est-à-dire de la vie.

Il est des cas, cependant, où ce caractère peut faire défaut. Il en est ainsi chez les phthisiques, les cancéreux, au moment de l'agonie. La brûlure donne lieu à la production d'une ampoule, mais le pointillé fait défaut.

La même expérience a été faite par M. Brouardel sur des membres aussitôt après leur amputation. Il a déterminé des ampoules, mais le pointillé a également fait défaut.

Dans le cas de mort foudroyante avec brûlure, il ne se produit ni ampoule, ni pointillé. Un fait qui restera malheureusement célèbre est le suivant.

Chacun se souvient de *la catastrophe de la rue Béranger*. Le 14 mai 1878, une maison entière s'écroula par l'explosion d'un magasin rempli de cartouches explosibles à la dynamite, pour pistolets d'enfants. Ce sinistre coûta la vie à quatorze personnes!

L'intérêt de la justice se concentra sur le cadavre de Mme Mathieu, femme du gérant. Le corps de la victime fut trouvé étendu sur le sol dans un état presque complet de nudité. Les bas seuls étaient conservés. Un lambeau de passementerie était tout ce qui restait à Mme Mathieu de ses vêtements. Une lampe à pétrole fut trouvée à côté du corps. La peau était recouverte d'ampoules confluentes.

La question suivante était à résoudre. Mme Mathieu, avec sa lampe à pétrole, n'avait-elle pas mis le feu aux amorces explosibles?

Médicalement, un double fait fut établi. Les ampoules n'étaient pas entourées d'un cercle rouge. Sur la surface cutanée dénudée, ne s'apercevait aucun pointillé. Donc les brûlures avaient été faites après la mort.

M. Sarreau établit que la température avait dû être subitement portée au moins à 2,600°.

Cette circonstance permettait d'expliquer ce qui s'était passé chez Mme Mathieu. Des faits de cette nature, du reste, ont été plusieurs fois observés chez des artilleurs, foudroyés par l'éclatement d'un caisson de poudre. Les cadavres ont été trouvés dans un état de nudité complète. Par le fait d'un dégagement soudain et considérable de gaz, il se produit un véri-

table tourbillon, sous l'influence duquel les vêtements sont, à la lettre, volatilisés.

Des expériences extra-médicales, du reste, en jetant un nouveau jour sur cette affaire, ont permis de reconnaître que la malheureuse femme du gérant avait été victime et non la cause de cette épouvantable catastrophe. On a vainement essayé d'enflammer la dynamite avec du pétrole. Pour déterminer l'explosion de cette dangereuse substance, il ne faut pas la flamme, mais le choc.

Il a donc été établi qu'il y avait eu, non pas incendie, mais explosion. La vie de Mme Mathieu ne pouvait se prolonger dans une atmosphère de plus de 2,600°. Les brûlures constatées sur son corps ont eu lieu après la cessation de la vie.

*Epreuve du calorique.*—Martineau, de Cordoue, a proposé un bon moyen de reconnaître la mort.

Si l'on approche le doigt d'un cadavre d'une bougie allumée, il se forme une ampoule qui éclate en faisant vaciller, quelquefois même en éteignant la flamme.

Sur le vivant, il se forme également une ampoule, mais cette ampoule se rompt sans bruit. Elle contient non de l'air, mais de la sérosité.

*La valeur des caractères de la mort.*—En résumé, sur quels signes se statuer pour poser le diagnostic de la mort ?

Il en est, sur cette matière, comme en médecine et en chirurgie. Un seul signe, par exemple, ne suffit pas pour poser le diagnostic : fièvre typhoïde. On se statue sur l'ensemble des phénomènes observés chez un malade. Il en est de même dans l'espèce. Il faut faire un groupement de trois, de quatre signes, qui ne sauraient tromper en même temps. En médecine légale, surtout, on ne saurait agir avec trop de circonspection. Il faut se garder de se prononcer après un seul examen.—*Revue de thér. médico-chir.*—(A suivre.)

---

## NOTES DE THÉRAPEUTIQUE.

---

### Pansement des brûlures.

Iodoforme .....	3j
Blanc de baleine.....	3j
Extrait de ciguë.....	ʒij
Acide phénique.....	10 gouttes.

Etendre sur une étoffe moelleuse et recouvrir les points brûlés.

---



---

# L'UNION MÉDICALE DU CANADA

MONTREAL, FEVRIER 1880.

*Comité de Rédaction :*

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

---

## Variole et Isolement.

---

Comme il y a déjà longtemps que nous n'avons gratifié nos lecteurs d'une causerie à propos de variole, peut-être, vu la saison qui rend la question opportune, nous permettront-ils d'en dire un mot à seule fin de nous soulager d'une idée qui, bien qu'elle ne soit pas un trait de génie, est au moins une vérité bonne à méditer et qui pour cela nous pèse comme le secret aux femmes.

La variole est en ce moment à sa période de floraison, le morne cortège qui se dirige tous les jours vers le cimetière atteste suffisamment ses ravages. Et pourtant, le Bureau de Santé n'est pas inactif et ses membres rivalisent d'émulation pour combattre l'hydre qui semble avoir acquis droit de cité chez nous. On étudie le sol et les égouts, on désinfecte, on assainit et M. l'Officier de Santé empile des statistiques qui n'arrivent qu'à prouver au public que tout ce trouble ne remédie à rien et qu'il en est mort six cette année contre une demi-douzaine l'an dernier à pareille époque.

Quand nous disons que les travaux du Bureau ne remédient à rien entendons-nous. Assurément nous serions, sans lui, ravagés plus encore que nous le sommes, mais la variole reste endémique parmi nous et tient sa session d'hiver aussi régulièrement que notre parlement fédéral, et pouvons-nous raisonnablement espérer une amélioration à l'état de choses actuel ? Non, jamais tant que nous n'adjoindrons pas aux moyens de prophylaxie actuellement en usage, *l'isolement*. Parmi la classe de gens que frappe la variole, quelques-uns comprennent la maladie et les soins hygiéniques qu'il faut apporter à son traitement, c'est l'exception. La masse se divise en trois catégories : 1<sup>o</sup> La catégorie des gens qui prétendent que la variolo

n'est pas contagieuse : que ne peut-on nier ? 2<sup>o</sup> Celle des gens qui admettent que la maladie est contagieuse mais que tout dépend directement de la volonté de Dieu et que " si on a à l'avoir on l'aura " *per fas aut nefas* ; fatalistes enragés que le bon sens ne saurait atteindre parce qu'ils se croient orthodoxes et en harmonie avec les enseignements de M. le curé ; 3<sup>o</sup> Enfin, la catégorie des gens qui disent qu'ils n'ont que faire du médecin, qu'il faut que la maladie fasse son temps et qui naturellement font preuve de la plus honteuse ignorance des notions élémentaires de l'hygiène.

Qu'attendre de pareils gens, véritables fléaux de Dieu, auxquels la Providence semble avoir donné pour mission de propager sous toutes les formes et en tous lieux les germes de la maladie.

Le médecin reste stupéfait quand il entend ces gens lui demander : Vous dites que la picotte est contagieuse, mais de qui donc mon enfant l'a-t-il *attrapée*, il n'y en a pas un seul cas autour de chez moi ? Mais malheureux, ce sont précisément les gens avec qui vous êtes en communion d'idées qui se chargent de vous punir de votre sottise et qui vous passent la lie du calice qui a empoisonné leur bonheur.

Où votre enfant peut-il avoir contracté la variole ? Mais partout et peut être par votre intermédiaire à la promenade, à l'église, dans les chars urbains, au théâtre, chez l'épicier, le boulanger, le laitier, la modiste, la blanchisseuse, que sais-je !

Car, personne ne l'ignore, les gens chez qui règne la variole ne se gênent pas de circuler par la ville, de continuer de vaquer à leurs occupations habituelles, au grand détriment du public ; bien plus, les Européens n'y croiraient pas, quel est parmi nous le médecin qui n'a pas vu au chevet d'un varioleux des commères du voisinage en visite de condoléance avec des enfants non-vaccinés suspendus à leurs jupes ? Après cela désinfectez les logis, assainissez les égouts et examinez les statistiques.

Qu'en résulte-t-il le plus souvent ?

Beaucoup de dépenses et peu de résultats pratiques. La variole poursuit sa marche dévastatrice.

L'isolement et la vaccination compulsoire auraient bientôt raison du fléau, mais en attendant que le peuple soit assez éclairé pour comprendre les avantages de la seconde mesure on peut au moins lui imposer la première qui se prête moins aux divergences d'opinion.

Non pas qu'on doive arracher un enfant à sa mère, pour l'emporter dans un hôpital, mais bien, comme cela se pratique ailleurs, laisser dans les demeures infectées les gens qui ven-

lent y rester et qui s'intéressent au malade, mettre les scellés sur les portes et supprimer toute communication directe avec l'extérieur tant qu'il y a danger de contagion. L'expérience peut prouver surabondamment l'efficacité de cette mesure à ceux qui seraient disposés à en douter. C'est surtout à cette mesure radicale que les États-Unis d'Amérique doivent leur immunité relative contre la variole.

Séquestrez d'abord et nous admettrons ensuite l'efficacité des mesures prophylactiques que l'on emploie aujourd'hui. Que la masse ignorante continue à supporter le fléau et rien ne saura l'arrêter.

L'isolement est après la vaccination le premier des moyens prophylactiques et son opportunité s'impose à notre jugement dès que nous voulons être conséquents avec nous-mêmes.

—

**La nouvelle loi médicale.**—*L'Abrille Médicale* éprouve une anxiété que nous comprenons au sujet de la date exacte de la mise en force de notre nouvelle loi médicale. Le fait que la version anglaise, publiée par le *Canada Medical Record*, ne s'accorde pas sur ce point avec la version française, publiée par *l'Union Médicale du Canada*, jette notre confrère dans une grande perplexité et il en appelle à la décision des juriconsultes.

Nous ne voyons pas comment les juriconsultes pourraient intervenir dans une simple question de fait, que le Statut provincial suffira amplement à élucider. Si l'inquiétude de notre confrère ne lui permet pas d'attendre la publication du Statut, il peut s'adresser au greffier de l'Assemblée Législative qui se fera un plaisir, sans doute, de le renseigner sur ce sujet, en lui apprenant que notre loi médicale est en vigueur depuis le jour de sa sanction, et que, par conséquent, la version publiée par *l'Union Médicale* est parfaitement exacte.

—

### Livre reçu.

—

*La Santé pour tous ou notions élémentaires de Physiologie et d'Hygiène à l'usage des familles, suivies du petit guide de la mère, auprès de son enfant malade, par le Dr. Séverin Lachapelle* (Ville St. Henri), Professeur d'Hygiène à l'Université Laval de Montréal. Compagnie d'Imprimerie Canadienne, 28, rue St. Gabriel, Montréal, 1880.

## VARIÉTÉS.

**Faux hermaphrodisme d'une femme ayant passé sa vie sous les apparences d'un homme.**—Les docteurs *Arigo* et *Fiorani* viennent de publier sous ce titre : *Una donna uomo*, dans *Annali universali di medicina e chirurgia*, un article relatif à un prétendu homme qui n'était qu'une femme, car à l'autopsie on découvrit un utérus, des trompes, des ovaires, des ligaments normaux, un vagin et un urètre féminin formant, par la réunion de leur extrémité antérieure, une sorte de cloaque ; un clitoris imperforé, mais très-développé, de façon à simuler un pénis, et des grandes lèvres simulant un scrotum par l'absence de la fente vulvaire. A sa naissance, le développement du clitoris et la disposition des grandes lèvres firent considérer l'enfant comme un garçon, et il vécut comme homme jusqu'à l'âge de soixante-huit ans.

Nous empruntons à l'*Union médicale* et au *Courrier méd.* les détails suivants :

Le 18 août 1878, entre à l'hôpital Maggiore de Lodgi le nommé Pagetti Luigi, âgé de soixante-huit ans, de petite taille, trapu, robuste, à barbe grise et assez épaisse, qui à l'hôpital fut pris subitement de fièvre violente avec frissons répétés et intenses ; du délire, de la dyspnée, de la cyanose, du coma, et enfin mort dans les vingt-quatre heures.

*Autopsie.*—La tête a un aspect viril, chauve au sommet, garnie aux tempes et à la nuque de cheveux gris ; le nez est aquilin ; la face oblongue ; les lèvres, le menton et la partie supérieure du cou présentent une barbe assez épaisse et de couleur grise. Le cou est robuste, les épaules larges, la poitrine développée, les mamelons petits, sans aucune apparence de mamelle comme chez la femme. L'abdomen est un peu proéminent, adipeux, régulier, les cuisses arrondies, les jambes musculeuses.

Dans l'examen des viscères abdominaux, après avoir rejeté vers l'hypogastre la masse intestinale pour arriver à la vessie, on découvrit, à l'extrême surprise de tous les assistants, un utérus avec les deux ovaires et les ligaments correspondants. L'examen fut dès lors plus attentif et plus minutieux.

A l'extérieur, *pubis* notablement élevé et recouvert de poils gris en quantité considérable ; plus bas, *verge* de la grosseur d'un pouce ordinaire, longue de près de 8 centimètres, de couleur et de consistance habituelle chez le vieillard, terminée à son extrémité libre par un gland bien développé, de forme

bien régulière, proportionné au volume de la verge, mais dépourvu de méat urétral. Le long de la face postérieure de la verge, et précisément au siège du canal de l'urètre, entre les corps caverneux, est un sillon non recouvert de peau, mais d'une muqueuse rendue plus consistante par suite de son exposition à l'air ; ce sillon se continue jusqu'à la racine de la verge et fait suite à une ouverture assez grande pour donner passage à une plume d'oie et de forme quasi circulaire.

Des côtés de cette ouverture, et descendant vers le périnée, partent deux saillies symétriques, constituées comme les deux grandes lèvres de la vulve, recouvertes à l'extérieur de poils rares, et tapissées à l'intérieur d'une membrane plus délicate que la peau et ressemblant à une muqueuse ; prises dans leur ensemble et *grosso modo*, ces saillies pouvaient être considérées comme un scrotum divisé par un raphé très-marqué et contenant des testicules atrophiés ; mais en examinant les choses avec soin, on vit qu'il s'agissait bien des grandes lèvres, et, en les écartant, on trouva entre elles une membrane sans orifice, interceptant toute communication avec les parties internes.

À l'intérieur se trouvait un utérus ayant le volume et la forme d'un utérus vierge, dont le corps et le col étaient bien conformés ; les ligaments larges, les trompes de Fallope, les ovaires, étaient dans les conditions ordinaires des vierges, et on n'a pas vu s'il existait ou non des corps jaunes, indices d'une ovulation ancienne, ou des ovules, et dans quel état ils se trouvaient.

La vessie ordinaire ayant été ouverte, on fit pénétrer par son col une bougie en gomme qui ressortit par l'ouverture située à la racine de la verge. L'incision du vagin en arrière de la vessie mit à découvert le col utérin, petit, cylindrique, de volume normal ; on introduisit ensuite dans le canal vaginal, de longueur et de capacité ordinaires, une autre bougie en gomme ; celle-ci vint sortir par le même orifice que la première, après être venue buter contre le sillon qui séparait les deux saillies constituant les grandes lèvres et s'être un peu recourbée en haut.

La mensuration du bassin donna 22 centimètres pour le diamètre bis-iliaque, 9 pouces pour le bis-ischiatique et 10½ pour le transverse.

Il avait toutes les apparences d'un homme et c'était bien une femme à barbe, sans mamelles, avec un clitoris très-développé. On ne sait quelle fut sa jeunesse, y a-t-il eu des règles ou quelque chose d'approchant ? Sa vie sexuelle a-t-elle été celle d'un homme ou celle d'une femme ? On n'a aucun renseignement à cet égard.—*Le Mouvement médical.*

**Audiphone**; *nouvel instrument pour faire entendre les sourds.*—La *Gazette*, de Cincinnati, annonce que le professeur Graydon, de cette ville, a inventé une machine à entendre, ou audiphone, qui n'a rien de commun avec une autre machine du même nom. L'audiphone Graydon consiste en un petit électro-microphone, au centre du diaphragme duquel est attaché un cordon d'une longueur quelconque, dont l'autre bout est fixé à un morceau de bois. L'objet de l'appareil est de se faire entendre des sourds, et son fonctionnement est des plus simples, La personne affligée de surdité saisit le morceau de bois entre les dents, et la personne désireuse de causer avec elle parle par l'électro-microphone, en ayant soin de tenir le cordon tendu. Par ce moyen, suivant la théorie de l'inventeur, le sourd, ne pouvant entendre par les oreilles, entend pour ainsi dire par les dents, en ce sens que le son est transmis par les nerfs des dents et par les os du visage jusqu'au nerf auditif, et de là au cerveau. L'instrument n'agit que dans les cas où la surdité résulte de maladie et où le nerf auditif n'est pas accessif par les voies ordinaires. Il est évident que, si le nerf auditif est paralysé, l'action de l'audiphone est nulle.

D'intéressantes expériences audiphoniques ont été faites dernièrement dans l'école des sourds-muets de Cincinnati. Une jeune fille de couleur, entièrement sourde, à laquelle le professeur parlait d'une distance de 25 pieds, a répété mot pour mot tout ce qu'il disait. Une autre petite fille, sourd-muette de naissance, a annoncé, en parlant avec les doigts, qu'elle avait entendu des sons pendant que le professeur lui parlait, et qu'elle avait remarqué des différences d'intensité et d'intonation. Il est inutile d'ajouter que, comme s'était la première fois de sa vie qu'elle entendait des sons quelconques, elle ne pouvait rien comprendre au sens des paroles.

L'audiphone paraît appelé à réaliser de merveilleux résultats surtout si M. Edison, quand il aura arraché les derniers secrets de la lumière électrique, daigne perfectionner cette nouvelle invention. Sauf le cas de paralysie du nerf auditif, il n'y aura plus de sourds, par conséquent plus de muets, attendu que le mutisme est un simple résultat de la surdité, et que, la surdité cause disparaissant, le mutisme-effet devra nécessairement disparaître aussi. De toutes les inventions de ce siècle, la plus étonnante est peut-être celle qui rendra, ou plutôt donnera l'ouïe et la parole aux sourds-muets.—*Le Scalpel.*

---