

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.

De l'apoplexie.

Par A. DAGENAI, M. D.

(Lu devant la Société Médicale de Montréal.)

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,

MESSIEURS,

Pendant plusieurs siècles on a donné le nom d'apoplexie à toutes les maladies du cerveau se faisant remarquer par la perte subite de l'intelligence, du mouvement, de la sensibilité et par du coma. La proposition suivante de Boerhaave était acceptée sans opposition :

"Apoplexia dicitur adesse quando repente actio quinque sensuum externorum, tum internorum, omnes quo motus voluntarii abolentur, superstite pulsu plerumque forti, et respiratione difficili, magna, stertente, una cum imagine profundi perpetuique sumni."

Et, dit Trousseau, si à cette description rapide que Boerhaave trace des phénomènes apoplectiques, vous ajoutez ce qui est compris dans la définition donnée par Paul d'Égine, que cette perte de sentiment et de la sensibilité de toutes les parties du corps est produite par une affection du *sensorium commune*, vous savez ce qu'il faut entendre par apoplexie. Pour les médecins d'alors, l'apoplexie était une maladie une et simple et qui requérait toujours le même traitement. Watson avait l'habitude dans ses lectures, de rapporter à ses élèves le fait suivant pour leur faire voir l'idée que ses devanciers avaient de l'apoplexie. Un médecin ayant été appelé en consultation par un confrère d'un lieu assez éloigné pour un cas d'apoplexie, songeait chemin faisant, à ce qu'il pouvait conseiller. La saignée, se disait-il, doit avoir été pratiquée; les sangsucs, les ventouses doivent avoir été appliquées; quand j'arriverai, les purgatifs auront été employés, et je vais me trouver dans la

position humiliante pour moi, et peu satisfaisante pour le malade qui paie les frais de la consultation, de ne pouvoir prescrire rien de nouveau. La pensée lui vint que peut-être, les lavements de térébenthine n'auraient pas été administrés, et il se consola en pensant qu'il pourrait les prescrire. Mais il n'eut pas l'occasion de recourir au moyen qu'il avait trouvé de sauver sa position ; car, il rencontra un courrier qui lui apprit que la consultation était devenue inutile, parceque le malade était mort. Watson après avoir raconté cette anecdote, profitait de cette occasion pour rappeler à ses élèves que les effets de l'apoplexie sur le cerveau était très variés, et pour les prévenir de ne pas adopter un seul mode de traitement pour tous les cas qu'ils rencontreraient plus tard, dans la pratique.

Je ne viens pas, Messieurs ce soir, vous décrire tous les symptômes que l'on observe dans ce qu'on appelle communément l'apoplexie, je ne viens pas non plus vous en indiquer les causes, la marche, les terminaisons ; vous connaissez ces choses aussi bien et peut-être mieux que moi. Mais je désire appeler votre attention sur le fait que sous le nom d'apoplexie on a trop longtemps compris des troubles très divers par leur nature, par leurs effets anatomiques et par le traitement qu'ils requièrent.

Cela est tellement vrai qu'aujourd'hui, quand on vous dit que quelqu'un est mort d'apoplexie, vous ne savez pas s'il est mort d'hypérémie du cerveau, d'hémorrhagie cérébrale, d'hydrocephalie aiguë ou de ramollissement aigu. Le diagnostic de ces maladies est souvent si difficile à faire pendant la vie, que l'on trouve plus commode de les désigner par le nom générique d'apoplexie. Aussi, ce mot laisse toujours dans l'esprit une idée confuse et mal définie, de sorte qu'il serait peut-être à désirer de le voir disparaître du cadre nosologique. Déjà depuis plusieurs années, Vallix avait exprimé ce désir et Watson avait dit qu'il était préférable de ne pas donner le nom d'apoplexie à l'hémorrhagie cérébrale ; les auteurs les plus récents, tels que Trousseau, Jaccoud, Niemeyer ne parlent pas d'apoplexie ; ou s'ils la mentionnent, ce n'est que pour rappeler que la congestion du cerveau, l'hémorrhagie cérébrale, l'hydrocephalie aiguë et le ramollissement aigu ont été jadis appelés de ce nom par les auteurs qui les ont précédés. Il me semble qu'ils n'ont pas tort ; car retranchez ces maladies et il n'y a plus d'apoplexie. A première vue, il peut paraître oiseux de discuter pour savoir si l'on doit continuer d'appeler apoplexie ces diverses maladies, et l'on pourra m'accuser, peut-être de faire une simple dispute de mots ; mais, si l'on admet que ces maladies diffèrent par leur nature, par leurs effets anat.

miques et par le traitement qu'elles nécessitent, ou avouera sans doute, qu'il est important de faire disparaître tout ce qui peut produire de la confusion et de l'obscurité sur le sujet. Messieurs, je ne pense pas éprouver de difficulté à vous démontrer que les maladies que je viens de mentionner diffèrent par leur nature et par leurs effets anatomiques; je n'aurai qu'à donner les définitions généralement reçues et à vous rappeler l'anatomie pathologique de ces affections. Tout le monde est d'accord sur ces points. Aussi mon intention était-elle de ne pas parler de ces choses, si je n'en avais pas eu besoin pour appuyer ce que j'ai à dire du traitement.

La congestion du cerveau étant une affection dans laquelle une plus ou moins grande quantité de sang s'accumule dans l'encéphale sans rompre les parois vasculaires, n'est certainement pas la même chose que l'hémorrhagie cérébrale, qui consiste dans un épanchement plus ou moins considérable de sang dans la substance du cerveau. L'hémorrhagie cérébrale, il est vrai, peut être la conséquence de la congestion, mais elle n'en est pas moins une maladie distincte. Je vous épargnerai l'ennui de vous rappeler la différence qui existe entre ces deux maladies et l'hydrocéphalie aiguë et le ramollissement aigu, dont les noms seuls établissent clairement la nature, et je passerai immédiatement à l'anatomie pathologique des diverses maladies auxquelles on a donné le nom d'apoplexie. Depuis un certain nombre d'années, cette partie de la science a fait un pas immense, grâce surtout aux travaux d'Andral, de Calmeil et de Durand-Fardel en France, et d'Abercrombie et de Todd en Angleterre. Grisolle se servant des travaux de ces auteurs, fait le tableau suivant des lésions anatomiques que l'on rencontre dans l'hypérémie cérébrale.

“Lorsque l'hypérémie survient spontanément, elle est presque toujours générale. L'hypérémie bornée à un point des centres nerveux se lie presque toujours à quelque lésion matérielle organique préexistante, comme un caillot, un ramollissement, une tumeur, etc. Ici, comme partout, la rougeur est le premier indice de la congestion. A l'ouverture du crâne, on trouve une injection vive de la pie-mère sur les circonvolutions et plus encore dans les anfractuosités. On en juge bien mieux, lorsque détachant les membranes, on les examine à la loupe ou seulement en les interposant entre l'œil et un rayon lumineux. La congestion de la pulpe nerveuse a des caractères différents, suivant qu'on la considère dans la substance médullaire ou dans la substance corticale. En coupant le cerveau par tranches minces, on voit aussitôt suinter çà et là, sur la substance blanche, un nombre plus ou moins grand de petites

taches de sang : on dit alors que le cerveau est piqueté ou sablé, parce que, en effet, ce pointillé ressemble assez bien à des grains de sable rouge qu'on aurait semés sur la substance médullaire. Cette disposition se remarque surtout dans les lobes antérieurs, à la convexité des hémisphères et dans les couches optiques. L'hypérémie qui affecte la substance grise peut bien s'y révéler aussi par le même état piqueté ou sablé; celui-ci est alors très-appreciable sur la couche la plus extérieure, tandis que dans les couches plus profondes existe une coloration uniforme, rouge ou violacée. Si l'on presse ces tissus entre les doigts, on en fait suinter une quantité de sang plus ou moins considérable. Cette injection se trouve dans les parties de l'encéphale, qui comme les corps striés, sont riches en substance grise.

Une congestion aussi générale et aussi grande ne peut exister dans les méninges et dans le cerveau, sans qu'il en résulte une gêne dans la circulation, et comme conséquence fatale, un épanchement séreux, parfois légèrement teinté de sang, dans les ventricules et dans les mailles de la pie-mère. Dans tous les cas la *pulpe cérébrale est intacte*, elle a même sa consistance normale, et les membranes se séparent facilement, sans entraîner après elle aucune parcelle de substance corticale. Il n'en est plus ainsi lorsque, au lieu de mourir subitement, ou après quelques heures, les individus ont lutté pendant plusieurs jours. On trouve presque toujours alors, dit M. Calmeil, des traînées de plasma sur les trajets des principaux vaisseaux de la pie-mère, presque toujours aussi ce produit extra-vasé contient des globules de pus ou des cellules granulees; la substance nerveuse est ramollie par places ou uniformément. On le voit ce n'est plus ici de la congestion, mais un état phlegmasique consécutif à l'afflux sanguin.

On comprend que le cerveau ne peut contenir une plus grande quantité de sang que de coutume, ni ses membranes être infiltrées de sérosité, sans éprouver une compression qui se traduit souvent par un aplatissement notable des circonvolutions et qui apparaît aussitôt après qu'on a incisé la dure-mère."

J'emprunte au même auteur la description des lésions anatomiques dans l'hémorrhagie cérébrale.

"La présence d'une quantité plus ou moins considérable de sang dans la substance du cerveau est le caractère anatomique de l'hémorrhagie cérébrale....."

Lorsqu'on ouvre le crâne d'un individu qui a succombé à une hémorrhagie cérébrale, on ne trouve, en général rien de remarquable à la superficie du cerveau; cependant si l'épanchement

est considérable et voisin de la surface, les circonvolutions seront aplaties, et souvent en pressant le cerveau, on pourra percevoir plus ou moins distinctement le phénomène de la fluctuation. Lorsque après la section des couches saines du cerveau, qui, souvent, sont plus ou moins hyperémies, on est parvenu à mettre à découvert le foyer sanguin, on constate des désordres qui varient suivant le temps plus ou moins long qui s'est écoulé depuis le début des premiers accidents jusqu'au moment de la mort. Si celle-ci arrive dans les trois ou quatre premiers jours de la maladie, on trouve le sang épanché sous la forme d'un caillot noirâtre, mou, presque diffluent et mêlé à des fragments de tissu cérébral ramolli. Son poids varie : il est rarement moindre de quatre grammes ; il s'élève le plus souvent à 16, 32 et 64 grammes ; les cas où il en existe de 187 à 218 ne sont pas très rares ; on a même vu le foyer, occupant un hémisphère entier, contenir plus de 250 grammes de sang. Entre le sixième et le huitième jour, le caillot diminue de volume : il est plus résistant, d'un noir moins foncé ; la sérosité qu'il contient est résorbée, ou bien elle s'est infiltrée dans le tissu cérébral. Vers le quinzième jour, le caillot a déjà une texture fibrineuse, et au bout d'un mois, il est revenu sur lui-même ; il est dense rougeâtre, jaunâtre, d'un jaune d'ocre ; parfois, au contraire, il est presque décoloré.

Il peut alors faire corps avec la substance cérébrale, de manière à simuler grossièrement un produit hétérologue cancéreux ou tuberculeux ; ou bien, au lieu d'être aussi intimement uni avec les parois du foyer, il en est isolé par une sérosité citrine ou rougeâtre qui, en le ramollissant, doit favoriser sa résorption. Enfin, au bout d'un temps indéterminé et qui varie suivant les individus, le caillot peut disparaître tout-à-fait. La rapidité avec laquelle la résorption s'opère est d'autant plus grande que la personne est plus jeune et que l'épanchement a été moins considérable. Il est probable que cette résorption s'opère exclusivement par les veines, attendu que le cerveau ne paraît contenir qu'un très-petit nombre de vaisseaux lymphatiques.

Des changements non moins considérables ont lieu dans le foyer apoplectique. Lorsque celui-ci est récent, ses parois sont déchirées, inégales et imprégnées de sang ; en les examinant sous l'eau, on voit flotter des lambeaux de substance cérébrale à peine adhérents. Ces parois offrent, en outre, un aspect tomenteux formé en grande partie par l'extrémité des vaisseaux déchirés : tel est l'état de toute caverne récente."

Dans l'hydrocéphalie aiguë (*apoplexie séreuse*), les lésions anatomiques consistent uniquement dans l'accumulation de la

sérosité, soit dans la grande cavité de l'arachnoïde, soit beaucoup plus souvent dans les ventricules, soit dans ces deux endroits à la fois, ainsi que dans la dilatation qui en résulte. On a trouvé aussi le cerveau infiltré d'une plus ou moins grande quantité de liquide séreux, et Guersant et M. Blache ont fait de ces cas une variété de l'hydrocéphale, sous le nom d'*hydrocéphale par infiltration* (Valleix).

Je prends dans Valleix la description des lésions anatomiques dans le ramollissement aigu du cerveau. "La couleur du tissu ramolli a de l'importance; elle varie suivant les époques de la maladie. A une époque rapprochée du début, elle est d'un rouge plus ou moins foncé, brune, lie de vin, etc.; en un mot, elle présente les diverses nuances que peut lui donner une quantité surabondante de sang, comme tous les tissus enflammés. Plus tard cette coloration devient d'un jaune plus ou moins vif, verdâtre, grisâtre, et elle dépend alors de l'infiltration purulente.

La consistance varie beaucoup, non seulement suivant l'ancienneté du mal, mais encore suivant les cas. A une époque très-rapprochée du début, le tissu paraît plus dur qu'à l'état normal; de là l'*induration rouge* dont les auteurs ont parlé, et qu'on observe dans tous les tissus enflammés. Plus tard ce tissu offre moins de résistance que dans les parties environnantes; un filet d'eau versé sur le point ramolli opère une désagrégation des molécules et entraîne la substance cérébrale sous forme de grumeaux, laissant ce point du cerveau comme déchiqueté; plus tard encore les grumeaux de la substance cérébrale sont détachés et baignés d'un liquide blanc, grisâtre, jaunâtre, évidemment purulent. Quelquefois on ne trouve qu'une pulpe très-molle, ce qui a été désigné par M. Durand-Fardel sous le nom de *ramollissement pulpeux*; enfin la maladie ayant encore fait des progrès, on voit la substance s'écouler en partie d'elle-même, laissant une cavité dont les parois sont irrégulières et ramollies à une plus ou moins grande profondeur."

Je ne pense pas, Messieurs, que personne d'entre vous refuse de reconnaître l'exactitude des différents tableaux que je viens de vous exposer de l'anatomie pathologique des maladies du cerveau comprises sous le nom d'apoplexie; et je suis convaincu que chacun de vous admet que les lésions anatomiques de chacune de ces maladies sont entièrement différentes. Si je me suis permis de faire des citations aussi longues sur ce sujet, c'est que, comme je l'ai déjà dit, je désirais appeler sérieusement votre attention sur ces lésions, avant de parler du traitement sur lequel tout le monde ne s'accorde pas aussi bien que sur la nature et les lésions anatomiques de ces affections.

Pour l'hypérémie cérébrale, il n'y a pas de division; tous les auteurs s'accordent à recommander le traitement antiphlogistique. La saignée sous toutes ses formes est conseillée ainsi que les dérivatifs de toute espèce. Devant cette opinion unanime basée sur les faits pathologiques et physiologiques les plus évidents, il n'y a qu'à s'incliner et à se soumettre. Mais il n'en est plus de même quand il s'agit des autres affections, et surtout quant à ce qui regarde le traitement de l'hémorrhagie cérébrale. Depuis que l'anatomie pathologique a fait connaître les effets de cette maladie sur le cerveau, un certain nombre de médecins ont rejeté l'ancien traitement antiphlogistique pour adopter le traitement tonique et même stimulant. Ces médecins sont encore peu nombreux; mais ils comptent parmi eux des noms d'une grande autorité. Le plus marquant d'entre eux est Trousseau, le prince des cliniciens. Malgré les attaques plus ou moins vives des partisans de l'ancien traitement, ils font tous les jours un grand nombre de recrues. Pour vous donner une idée de la vivacité de ces attaques, je me permettrai de vous citer la phrase suivante de Grisolle, qui, après avoir recommandé les émissions sanguines dans l'hémorrhagie cérébrale, ajoute: "Ce sont des idées fort rationnelles. en rapport avec les données physiologiques et sanctionnées par l'expérience des siècles, mais elles n'ont pu trouver grâce devant quelques esprits mobiles, toujours enclins au paradoxe, et qui n'ont pas craint de signaler la saignée comme étant une arme toujours nuisible dans le traitement de l'apoplexie."

Devant cette divergence d'opinion entre les deux grands maîtres que je viens de nommer, je comprends qu'il est difficile de se prononcer; mais comme il n'y a pas de moyen terme et qu'il faut choisir l'une ou l'autre de ces théories, je suis porté à me ranger du côté de Trousseau, quand je considère la nature et les lésions anatomiques de l'hémorrhagie cérébrale. En effet, puisque cette maladie consiste dans l'extravasation du sang dans la substance du cerveau, il est difficile de comprendre comment la saignée puisse la guérir. Quand le médecin est appelé pour un cas de ce genre, le mal est déjà fait, et tout ce qu'il peut faire, c'est d'aider la nature et de ne pas nuire par une intervention intempestive à son action réparatrice. La seule chance qui reste au malade est que le caillot soit résorbé ou qu'il s'atrophie et demeure enkysté dans la substance médullaire. Pour résister aux troubles causés par le sang extravasé, le cerveau a besoin de toute sa vitalité; et si vous la diminuez par les émissions sanguines, le malade courra certainement un plus grand risque. En enlevant au cerveau une partie

de son principe nutritif, vous l'exposez au ramollissement qui est la conséquence ordinaire du manque de nutrition de cet organe. Ce qui arrive dans l'embolie des artères du cerveau en est un exemple frappant.

Dans l'hémorrhagie cérébrale, il ne faut pas perdre de vue que c'est le caillot qui est toute la maladie; c'est lui qui est la cause de toute la douleur, de la perte de la sensibilité et de l'intelligence quand elle existe, de la paralysie et de tous les symptômes enfin qui accompagnent cette affection. La guérison ne peut avoir lieu que par sa disparition plus ou moins complète. La prétention que les émissions sanguines favorisent son absorption n'est rien moins que fondée, et je ne vois aucune donnée de la physiologie qui puisse venir à son appui. L'on dit, il est vrai, que la saignée affaiblit les vaisseaux absorbants; mais je ferai remarquer, qu'à part les veines, ces vaisseaux sont excessivement rares dans le cerveau. De plus, je demanderai si cela est bien prouvé, et si on ne peut pas ranger cette supposition avec l'ancienne explication que l'on donnait pour expliquer la capillarité, à savoir que la nature avait horreur du vide. Si la saignée favorise l'absorption du sang extravasé dans les tissus, pourquoi ne l'emploie-t-on pas dans les cas où ce liquide est répandu dans d'autres tissus que le cerveau? Comme le fait remarquer avec raison, Trousseau, quand un médecin est appelé pour des maladies où il y a des épanchements sanguins dans les tissus, il ne lui vient jamais à l'idée de recourir aux émissions sanguines. Pourquoi alors le ferait-on pour le cerveau, si cela ne convient pas ailleurs?

Les partisans de la saignée prétendent aussi qu'elle a pour effet de prévenir l'inflammation et la suppuration de la substance médullaire déchirée environnant le caillot qui entraînent presque toujours fatalement la mort. A cela je répondrai encore est-il bien prouvé que la saignée empêche la suppuration? Ne la favorise-t-elle pas plutôt en relâchant les tissus? Ne peut-elle pas nuire au travail de cicatrisation qui se fait dans la partie du cerveau lacérée? Quand un chirurgien désire qu'une plaie guérisse par première intention a-t-il recours aux antiphlogistiques et débilité-t-il son malade? N'est-il pas plus probable que ces moyens auraient pour effet d'amener la suppuration que l'on veut prévenir par la saignée dans l'hémorrhagie cérébrale?

Les partisans des émissions sanguines ont l'air de croire que l'hémorrhagie cérébrale est toujours due à une congestion ou à un raptus sanguin; mais il n'en est pas ainsi dans la majorité des cas. Les examens cadavériques ont prouvé que le plus souvent, l'hémorrhagie avait été causée par des maladies des ar-

tères. La plus commune de ces maladies est sans contredit l'ossification et l'état athéromateux. Le fait que l'apoplexie sanguine se rencontre le plus souvent chez des personnes avancées en âge est une confirmation de l'exactitude des données pathologiques; car d'après Bichât sur dix personnes dépassant l'âge de 60 ans, il y en a sept dont les artères sont ossifiées ou athéromateuses. Baillie, en Angleterre, est venu à la même conclusion. Dans les cas où l'hémorrhagie cérébrale est due à des maladies des artères, la saignée ne peut certainement faire que du mal en débilitant la constitution qui a besoin de toutes ses forces pour résister au processus morbide existant dans les vaisseaux artériels. Watson, tout en se prononçant pour les émissions sanguines, rapporte cependant deux cas où la saignée a été immédiatement suivie de conséquences fatales, et a paru déterminer une mort subite; et il ajoute qu'il pourrait en citer plusieurs autres. Trousseau rapporte aussi un fait du même genre. D'un autre côté, ce dernier auteur cite plusieurs cas de guérison d'hémorrhagie cérébrale guéris par le traitement tonique et même stimulant. Monneret, Gavarret en citent également. En présence de ces faits, et pour les raisons que je viens d'énumérer, il me semble que l'on peut être justifiable d'abandonner l'usage de la saignée dans la plupart des hémorrhagies cérébrales, et de croire qu'elle ne peut être utile que dans certains cas exceptionnels ou des symptômes de congestion sont bien évidents.

Dans l'hydrocéphalie aigue, presque tous les auteurs conseillent les émissions sanguines; mais il me semble difficile d'expliquer d'une manière rationnelle ce mode de traitement quand on pense à la nature de cette affection et aux lésions anatomiques qui la caractérisent. En effet, cette maladie n'est rien autre chose que l'hydropisie du cerveau; or l'utilité de la saignée dans les hydropisies est loin d'être démontrée, jamais elle n'est prescrite dans l'ascite; on peut en dire autant des épanchements pleurétiques, et je ne vois pas comment elle pourrait être plus avantageuse dans l'hydrocéphalie.

Dans le ramollissement aigu du cerveau on conseille aussi la saignée, mais avec plus de réserve que dans les autres genres d'apoplexie. Pour moi, il me semble qu'elle doit être absolument proscrite. Le cerveau étant devenu ramolli, il est évident qu'il se fait dans sa substance un travail de désorganisation qui ne peut être qu'activée par les émissions sanguines qui enlèvent au cerveau son principio nutritif, et diminuent les forces réparatrices de la nature.

Telles sont, messieurs, les considérations que je désirais vous soumettre aujourd'hui; je les laisse entièrement à votre con-

sidération, et si quelqu'un d'entre vous me prouve d'une manière satisfaisante que la conservation du mot apoplexie n'est pas de nature à engendrer de la confusion dans les esprits, et que les maladies connues jusqu'à présent sous cette dénomination ne diffèrent ni par leur nature, ni par leurs caractères anatomiques, ni par le traitement qu'elles nécessitent, je me rangerai sans peine de son côté. Dans le cas contraire, je croirai avoir rempli ma tâche.

De la non-consolidation des os.

PAR A. T. BROUSSEAU,

(Lu devant la Société Médicale de Montréal.)

Pour bien comprendre la non-consolidation des fractures, il est nécessaire de bien connaître les phénomènes organiques qui surviennent depuis l'instant de l'accident jusqu'à la consolidation complète.

Les expériences sur les animaux ont permis de suivre jour par jour la marche de la formation du cal, et comme il y a analogie parfaite avec l'espèce humaine, il est donc possible de connaître exactement les périodes que parcourt le travail de réparation osseuse.

Le travail de réparation s'accomplit en trois périodes. Prenons pour exemple un cas de fracture simple dans un os long. La première période est caractérisée par un épanchement de sang entre les fragments et dans le canal médullaire et dans les parties molles avoisinantes, par l'ecchymose, le gonflement du membre et la douleur à la pression durant les mouvements.

Cette période dure de six à quinze jours durant lesquels la résorption de l'épanchement a lieu.

La deuxième période est constituée par l'organisation fibre cartilagineuse.

Le périoste contracte des adhérences avec le tissu cellulaire circonvoisin et les muscles, et forme ce que M. Gosselin appelle la *capsule musculo-périostique*, espèce de manchon qui adhère à la couche musculaire profonde, et se continue en haut et en bas avec le périoste.

Au milieu de cette masse, on voit les ovoïdes caractéristiques du cartilage et plus tard des astéoplasmes.

La deuxième période s'étend du quinzième au quarantième jour.

Le périoste nouveau ou cicatriciel qui se forme sur tout le pourtour de la solution de continuité du périoste primitif, n'est qu'une transformation de la lymphe ou du blastème exudé après l'accident. Lorsque les fragments ont chevauché, le manchon périostique n'est pas complet, ou encore lorsque les bords déchirés du périoste ne sont pas rapprochés par l'affrontement exact des fragments.

La troisième période s'étend du quarantième au soixantième jour; elle est caractérisée par l'apparition des corpuscules osseux.

L'ossification est achevée entre la neuvième et la dixième semaine.

Le cal (analogue de la cicatrice des parties molles) forme un renflement fusiforme appelé *virole externe*.

On appelle *virole interne* l'exsudat épanché entre les fragments de la moëlle et qui interrompt le canal médullaire par une sorte de bouchon.

A partir du sixième mois, ces deux viroles disparaissent lentement par résorption, tandis que les ostéocides interposés entre les fragments se consolident de plus en plus et diffèrent à peine du reste de l'os.

La virole externe est plus avancée dans la deuxième période que la virole interne.

L'os rompu garde assez souvent la trace de la virole externe, toutefois on a observé des os sur lesquels on ne pouvait reconnaître une fracture qui avait positivement existé.

Dans les fractures avec déplacement, on trouve souvent des traces de la virole interne et d'une oblitération persistante du canal médullaire.

Dans les os plats un exsudat se propage entre les fragments et s'y organise; le cal externe n'existe pas ou est peu développé. Il n'est plus question aujourd'hui de *suc agglutinatif* ou de recollement, ni de *cal provisoire* et de *cal définitif*, comme on le prétendait du temps de Dupuytren, les choses se passent exactement comme décrites plus haut c'est-à-dire que la consolidation résulte de l'épanchement fourni par les surfaces de la fracture et par les parties avoisinantes. L'organisation de cet épanchement ou exsudat passe par l'état granuleux, fibreux cartilagineux avant de subir l'ossification complète.

Les recherches microscopiques ont confirmé ce résultat.

Notons bien que le travail de formation du cal présente des différences considérables dans son évolution, sa durée, et sa résistance suivant que la fracture est simple ou quelle est composée.

La consolidation des fractures s'effectue absolument comme la cicatrisation des plaies, cette consolidation résulte de l'épanchement fourni par les surfaces de la fracture et par les parties molles avoisinantes.

Cet exsudat s'épaissit et s'organise, et passe par l'état granuleux, fibreux, cartilagineux avant de subir l'ossification complète.

Ce travail d'organisation du cal a lieu plus ou moins rapidement, suivant que la fracture est simple ou compliquée.

Sur les fractures avec chevauchement la capsule périostique est incomplète et par conséquent moins solide que lorsque les fragments sont bout à bout. Les fragments de la moelle ne se correspondant plus, il en résulte que l'épaississement de la substance médullaire ne sert pas à la consolidation, il ne se forme alors qu'un cal interfragmentaire dont les matériaux sont fournis par les muscles et la surface externe du périoste.

Le travail de consolidation des fractures est sous la dépendance d'une modification de la vitalité des fragments; ce travail est dû à une ostéite que Gerdy a nommé *ostéite condensante*.

Lorsqu'il y a défaut de consolidation et pseudarthrose c'est l'ostéite raréfiante qui est intervenue.

Du 60 au 120 jour le cal devient de plus en plus compacte, en même temps qu'il diminue de volume.

Dans les os plats et les os courts, comme dans les os longs, ce sont toujours les muscles, le périoste et toute la surface fracturée qui fournissent les matériaux qui amènent la formation du cal.

Le temps nécessaire à la consolidation ne dépend pas seulement de la nature de la position, du volume de l'os et du déplacement de ses fragments, elle est encore subordonnée à l'âge, à la santé, et quelquefois à une prédisposition spéciale du sujet.

Dans les fractures les plus simples, la guérison n'est jamais absolument complète avant neuf ou dix semaines.

Chez les enfants, la cicatrisation s'opère avec une grande rapidité.

Dans la vieillesse, au contraire, la formation du cal participe au ralentissement que subit la nutrition en général.

“Toutes choses égales d'ailleurs, la durée de la consolidation est proportionnelle à la grosseur de l'os.”

Quand la coaptation est parfaite, la guérison arrive bien plus rapidement que quand les fragments chevauchent ou qu'ils ont une disposition angulaire.

Après ce résumé succinct des phénomènes de la formation du cal, voyons ce qui, dans certaines fractures, empêche et

phénomènes de s'accomplir, en d'autres termes étudions les causes de la non-consolidation des fractures.

A l'époque où la consolidation d'une fracture doit être généralement achevée, il arrive parfois qu'aucun travail de réunion osseuse ne semble s'être opéré.

L'anatomie pathologique des fractures non-consolidées offre deux variétés principales: la première consiste dans l'absence complète d'éléments de réunion; dans la seconde, la plus fréquente, appelée pseudarthrose, les extrémités osseuses lisses et arrondies sont unies soit par un cordon fibreux, soit par une capsule fibreuse solidement adhérente à leur périphérie.

Il n'arrive presque jamais que ces articulations adventives aient la plupart des caractères des articulations normales.

Les causes de non-consolidation sont générales et locales.

L'âge avancé prolonge la durée de la consolidation, mais il n'est pas un obstacle absolu à cette réparation. N'avons-nous pas chacun de nous dans notre clientèle des exemples de guérison chez des vieillards?

Je me rappelle avoir traité, il y a quelques années, un vieillard de 76 ans pour une fracture du col anatomique de l'humérus, qui a parfaitement guéri. Une vieille femme de 74 ans a aussi guéri d'une fracture du col du fémur; trois mois après l'accident, elle montait seule un long escalier.

Chez les vieillards, il faut cependant plus de précautions dans l'application et la surveillance de l'appareil, et administrer un traitement tonique reconstituant.

L'insuffisance de l'alimentation, la grossesse, l'allaitement, les abus alcooliques ne semblent pas sans influence pour empêcher la consolidation, car elles débilitent l'organisme et lui enlèvent des éléments qui lui sont particulièrement nécessaires sous les circonstances.

Dans toutes les maladies diathésiques, il faut, pour la question du cal, distinguer la *diathèse* elle-même qui constitue la maladie de la *cachexie* qui la termine.

Les *diathèses* goutteuses et siphylitiques ne nuisent en aucune façon au travail de consolidation des fractures, tandis que la *cachexie*, c'est-à-dire l'état de débilitation occasionnée, dans certains cas, par ces maladies, nuit considérablement à l'union osseuse.

Le cancer lui-même n'exerce qu'une action locale, lorsque, par exemple, la cause prédisposante de la fracture a été un cancer de l'os.

Les causes locales des pseudarthroses dépendent de la nature de la fracture, du rapport des fragments, ou des phénomènes vasculaires et nerveux dont la région est le siège.

L'obliquité de la fracture constitue une condition fâcheuse que tous les chirurgiens reconnaissent ; *mais c'est surtout aux mouvements des fragments et à leur écartement que se rattachent les fausses articulations.*

Norris rapporte vingt-deux pseudarthroses sur quarante-quatre fractures dans lesquelles l'immobilité n'avait pas été conservée.

L'écartement est surtout dû à l'action musculaire et à l'interposition d'épanchement de portions de muscles ou d'aponévroses qui empêchent le contact immédiat des surfaces osseuses. Ces causes étant bien connues, l'indication thérapeutique est évidente : *mettre avec soin des appareils propres à maintenir une immobilité absolue une fois les os ramenés en juxtaposition parfaite.*

La synovie, le sang, le pus, sont un empêchement mécanique à la réunion osseuse. Au nombre des causes locales fonctionnelles qui empêchent la consolidation nous devons mentionner, 1o. *l'inflammation* qui est tantôt spontanée, tantôt déterminée par le contact de l'air, la présence d'un corps étranger, une contusion, 2o. *le développement de bourgeons charnus*, qui sont des éléments de réunion par suppuration, qui écartent les fragments et se substituent à l'épanchement plastique qui devait donner naissance au cal qui est une véritable réunion par première intention ; 3o. *l'anémie locale* qui peut être causée par l'arrêt de la circulation artérielle et les désordres de l'innervation vaso-motrice.

Il faut bien se donner le garde de prendre pour une pseudarthrose un simple retard dans la consolidation. Si à l'époque ordinaire, la réunion osseuse ne paraît pas complète, en maintenant encore les appareils un certain temps on obtient très-souvent une guérison parfaite.

Je pourrais rapporter ici plusieurs cas où après 40 ou 50 jours il y avait encore mobilité au siège de la fracture. L'application d'un appareil inamovible (au sélicate de potasse ou à la colle forte) durant plusieurs semaines a amené une consolidation. Les appareils inamovibles doivent être laissés au moins un temps égal, à celui qu'on croyait primitivement nécessaire à la guérison.

Si la pseudarthrose existe depuis plusieurs mois, que l'immobilisation ait été essayée sans résultat favorable, il faut avoir recours au frottement des deux bouts de l'os fracturé, ce frottement doit être répété jusqu'à ce qu'il y ait au niveau de la pseudarthrose une sensibilité exagérée que l'on combattra alors par l'immobilité et le repos.

L'acupuncture, l'introduction de chevilles d'ivoire, le seton

sont des moyens conseillés dans le but de rétablir l'activité circulatoire et d'amener une nouvelle irritation au niveau des fragments qui pourrait déterminer un nouvel épanchement de lympho plastique et la formation du cal. mais le plus souvent ces moyens sont inefficaces.

En dernière ressource on conseille de détruire le foyer de la pseudarthrose en faisant la résection des bouts de l'os non réunis et la suture osseuse.

Cette suture a pour but de maintenir les fragments en juxtaposition complète ; on emploie du fil métallique ou du fil animal, soie ou corde à boyaux, qu'on laisse dans la plaie. Ces fils ne causent ordinairement aucun trouble ultérieur.

J'ai traité deux cas de pseudarthrose du fémur par la résection et la suture osseuse. Dans les deux cas, la non-consolidation existait depuis huit à dix mois. L'un a guéri avec une union angulaire et un raccourcissement considérable, il peut néanmoins marcher facilement, vaquer à ses occupations et gagner la vie de sa famille.

L'autre est encore sous traitement ; la consolidation paraît progresser très-lentement. L'immobilisation est parfaitement maintenue, le malade étant couché dans une gouttière de Bonnet, il n'a pas à se déranger, même pour ses besoins naturels.

La plus grande difficulté que j'ai rencontrée durant ces opérations, a été de détruire les cordons fibreux qui unissaient les bouts des os chevauchés. Ces cordons fibreux détruits avec le détache-tendon, après un travail long et pénible, une autre difficulté s'est présentée, celle de faire projeter les bouts des os au travers la plaie et d'en faire la résection.

Quand, malgré tous les moyens que je viens d'énumérer, on ne peut obtenir la consolidation d'une pseudarthrose, il faut avoir recouru à des appareils mécaniques qui maintiennent les fragments dans un degré convenable de solidité.

Dans ces cas il ne reste plus au chirurgien qu'à s'adresser à la protèse.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET CLINIQUE MÉDICALES.

Du traitement thérapeutique des tuberculeux ; par le professeur PETER, médecin de la Pitié.—(Suite)—On doit donc considérer que cette toux des phthisiques comme une *toux gastrique* dont le point de départ primitif est dans l'estomac, et ne pas voir, comme quelques-uns, dans le rejet des aliments, le résultat purement mécanique d'un effort de toux ordinaire. Pour réfuter cette erreur, il suffit de citer des cas où une toux bien autrement quinteuse que celle des phthisiques ne produit pas de vomissements. Voyez l'asthmatique ! Est-ce que ces quintes de toux ne sont pas les plus violentes, on pourrait dire les plus odieuses, qu'on puisse voir ? et cependant jamais à leur suite on ne voit survenir de vomissements.

Au contraire, un phthisique mange ; bientôt après, et sans douleur, il est pris d'un irrésistible besoin de tousser, mais en même temps qu'il toussé il rejette ses aliments ; n'est-il pas rationnel dès lors de supposer que c'est à une irritation de la muqueuse stomacale qu'est due cette toux, analogue à la toux gastrique de certaines hystériques ? Dans une autre maladie encore on vomit en toussant et par le fait de la toux, dans la coqueluche, où l'on pourrait invoquer la violence des quintes : en dehors de ces deux maladies, jamais la toux ne produit de vomissements ; de sorte que, le cas échéant, on n'a plus qu'à faire le diagnostic entre elles deux.

Voilà donc une preuve pathologique que le vomissement n'est pas causé mécaniquement par la toux ; voyons maintenant si nous n'en pourrions trouver une preuve thérapeutique en vertu de l'axiome : *Naturam morborum ostendunt curationes*. Si c'est l'état spécial d'irritabilité de la muqueuse gastrique qui amène le vomissement, on doit pouvoir, en modifiant cette sensibilité, faire cesser du même coup et la toux et le vomissement. Or, c'est précisément ce qui arrive.

Permettez-moi de vous rappeler le premier et le plus beau cas que vous ayez pu observer dans cet hôpital. Lorsque je pris le service, je trouvai, au No. 30 de la salle Saint-Charles, une jeune femme de 23 ans, qui depuis 3 ans, avait eu trois couches successives. A la suite de la première, elle avait commencé

à tousser et à s'affaiblir, et de ses enfants un seul survivait. Actuellement, et ici je cite textuellement l'observation recueillie par un élève du service : "Son état de faiblesse l'a fait entrer le 9 novembre à l'hôpital ; elle toussait alors beaucoup, crachait peu et jamais de sang. Depuis cette époque, la faiblesse et la maigreur ont été en augmentant ; elle a été prise de troubles fonctionnels du côté des voies digestives. Elle a des maux d'estomac, elle ne digère pas et vomit ses aliments."

Tel était l'état de cette femme, et voici quel devait être le raisonnement : il y a, chez certains tuberculeux, et par le fait de leurs tubercules pulmonaires, une sorte d'équilibre instable dans le fonctionnement des nerfs pneumogastriques : irrités au voisinage des tubercules, ils sont irritables dans tout leur ressort fonctionnel, aussi bien dans le département stomacal que dans le cardiaque. De sorte que l'ébranlement du pneumogastrique stomacal par le contact des aliments est le point de départ d'un trouble dans l'acte fonctionnel du pneumogastrique respiratoire ; d'où la toux par le repas, et, par la toux, le vomissement. Il importe donc, sans stupéfier le pneumogastrique stomacal, d'en diminuer l'irritabilité et de la ramener à son niveau physiologique. Pour atteindre ce niveau physiologique, il suffit d'employer, en petite quantité, un stupéfiant rapidement absorbant et de le donner immédiatement avant l'ingestion des aliments. C'est ainsi que la malade prit une goutte de laudanum dans une petite cuillerée d'eau avant chaque repas.

Et pourquoi pas, je suppose, une pilule de morphine ? Parce que d'abord, en employant un liquide, l'action est plus rapide ; parce qu'ensuite l'absorption ne nécessite pas un travail préalable de dissolution d'une pilule qui peut fatiguer cette muqueuse si impressionnable. Vous voyez que la forme pharmaceutique sous laquelle est administrée le médicament n'est pas indifférente. D'ailleurs, tout autre médicament analogue produirait le même effet, et vous m'avez vu employer en pareille occurrence une solution de morphine de 1 milligramme pour 5 grammes d'eau.

Dès le premier jour de l'administration du laudanum, les vomissements furent définitivement suspendus et la douleur disparut avec eux. Mais, la gastralgie calmée, restait la dyspepsie, qui fut traitée par un moyen emprunté à Trousseau. Voulez-vous me permettre de raconter comment ce maître l'avait lui-même connu ? Trousseau se trouvait un jour à table à côté d'un monsieur qui avait beaucoup voyagé, beaucoup vu et beaucoup retenu. Il vit avec surprise celui-ci prendre après son repas une cuillerée d'eau dans laquelle il avait versé une

à deux gouttes d'un liquide tiré d'une petite fiole qu'il portait sur lui. Trousseau demanda aussitôt qu'elle était la nature de ce liquide et le but auquel il était destiné. Alors ce monsieur raconta qu'il était affreusement dyspeptique, il avait reçu d'un empirique américain le conseil de prendre, après chacun de ses repas, quelques gouttes d'esprit de sel dans un peu d'eau, et qu'il digérait parfaitement depuis qu'il avait adopté cette pratique. Trousseau se le tint pour dit et se promit d'essayer ce moyen aussitôt qu'il rencontrerait une dyspepsie caractérisée par cette forme particulière à laquelle on donne le nom de "pesanteur de l'estomac."

La femme dont je vous parle prit donc trois gouttes d'acide chlorhydrique dans trois cuillerées d'eau à la fin de chaque repas, et dès lors les fonctions digestives s'accomplirent assez régulièrement pour que, le 16 décembre, notre malade nous quittât ayant repris en partie ses forces, ses couleurs et son embonpoint. Il fallait l'ausculter pour savoir qu'elle était tuberculeuse. Vous avez appris tout à l'heure une partie de sa histoire; voici maintenant ce qu'on entendait à l'auscultation, d'après l'observation que j'ai déjà citée: "La percussion donne de la submatité à la partie moyenne du poumon droit; l'élasticité est légèrement diminuée. A l'auscultation, respiration assez rude au-dessous de la clavicule droite. Au sommet et en arrière, il y a des craquements." Ces signes n'étaient pas douteux.

On se tromperait si l'on croyait que c'était été une amélioration transitoire et de courte durée. Un élève du service est passé la voir il y a quelques jours; elle-même est venue rendre récemment visite à la religieuse; elle est toujours relativement aussi bien portante; tuberculeuse, elle n'est pas encore phthisique.

C'est là, messieurs, un fait extrêmement consolant de voir qu'on peut enrayer l'évolution de la phthisie, en mettant un terme aux vomissements et à la dyspepsie.

Maintenant voici un cas dont vous avez pu être, plus récemment encore, les témoins au No. 21 de la salle Saint-Paul. Il s'agissait d'un homme de quarante-sept ans, qui toussait depuis six mois environ et avait eu déjà une hémoptysie, lorsqu'il entra ici le 20 juillet. Un séjour d'un mois à Saint-Louis n'avait pas beaucoup amélioré son état, et il était très-affaibli et très-amaigri quand il nous arriva. Depuis quinze jours environ, il vomissait tous ses aliments. Je passe rapidement sur les autres symptômes (diarrhées, sueurs nocturnes) et sur les signes physiques (matité aux deux sommets avec craquements secs et râles sous-crépitants).

Le 21 juillet, on institua un traitement général, et (je cite la feuille d'observation) "contre les vomissements on lui administra deux gouttes de laudanum dans une cuillerée d'eau avant les repas.

"Le lendemain, le malade ne vomissait plus. On continua le laudanum, et depuis qu'on le lui administre les vomissements ont été tout à fait supprimés."

Il est évident qu'avec deux gouttes de laudanum vous ne sauriez stupéfier tout le système nerveux, mais qu'il y a simplement une action topique et de contact sur les expansions terminales du pneumogastrique dans la muqueuse de l'estomac, dont vous avez ainsi diminuée la sensibilité exagérée et décidément morbide.

J'insiste sur cette théorie et sur ce point de fait, parce que je ne voudrais pas vous voir donner des doses trop fortes, qui n'aboutiraient qu'à supprimer l'appétit en narcotisant la muqueuse au lieu d'en émousser simplement la sensibilité. (Et permettez-moi de vous rappeler, alors précisément que je vous parle de cette sensibilité exagérée, la réussite obtenue par le même moyen sur trois cancéreux de l'estomac de notre service, dont les vomissements se sont ainsi arrêtés.)

Cependant il est des cas où échouent les préparations opiacées prises comme il vient d'être dit; c'est surtout alors qu'il existe de la douleur au creux de l'estomac, alors que le trouble du pneumogastrique stomacal s'est élevé jusqu'à la gastralgie; dans ces cas, un petit vésicatoire volant de 5 centimètres carrés, appliqué à l'épigastre, ou concurremment avec de petites doses d'opiacés à l'intérieur, fait justice du vomissement.

D'autre fois, en ces cas de gastralgie symptomatique, c'est à l'injection hypodermique de morphine qu'il faut recourir—et le plus souvent c'est avec succès.

Enfin—il est bon de dire—vous trouverez des cas absolument rebelles à tous ces moyens; mais c'est le petit nombre. Et, le plus habituellement, la persistance et l'alternance dans l'emploi des moyens précédents finissent par triompher du symptôme.

En définitive, dans le vomissement par la toux, il faut comprendre qu'il y a réaction du pneumogastrique de l'estomac sur les nerfs expirateurs, d'où la toux; puis réaction de la toux sur l'estomac, d'où le vomissement.

D'autres troubles gastriques peuvent accompagner la phthisie pulmonaire. Ainsi, le 26 janvier, nous avons au No. 47 de la salle Saint-Paul un jeune homme de vingt six ans, et aussi tuberculeux que possible, il était entré ici avec une sorte de gas-

trorrhée douloureuse. Chaque matin, il rendait un liquide filant et transparent, mélangé de bile; en outre, il avait des digestions difficiles, pénibles et un peu d'anorexie.

Le 15 février, les troubles digestifs ne faisant qu'augmenter malgré le traitement général, je prescrivis avant chaque repas un paquet de la poudre suivante :

Opium brut.....	10 centigrammes.	gr ij
Sous-nitrate de bismuth.....	10 grammes.	3 ij ss

En cinq paquets ;

et après le repas, deux gouttes d'acide chlorhydrique dans un peu d'eau. Dès ce jour, le malade cessa de vomir et digéra plus facilement.

Le 7 mars, il y eut de la constipation, et le chef de clinique supprima la poudre de bismuth et d'opium. Les fonctions digestives continuèrent néanmoins à s'accomplir régulièrement, et, vers le 22 avril, le malade, amélioré, partit pour Vincennes sur sa demande.

En pareil cas, indépendamment de l'hyperesthésie, il y a de l'hypercrinie de la membrane muqueuse de l'estomac, et les malades se trouvent bien d'une substance qui, comme le bismuth, a l'avantage de modifier la sécrétion exagérée des muqueuses. L'addition d'un peu de poudre d'opium brut est nécessaire parce que l'hyperesthésie est cause et partie dans le mal, de sorte que, si on la laissait persister, le soulagement ne serait que momentané.

Nous avons également en ce moment dans notre salle des femmes une malade chez laquelle nous avons traité par le même moyen une gastrorrhée douloureuse, mais en réduisant les doses à 1 gramme de bismuth et 1 centigramme d'opium. La réussite a été complète, vous voyez combien faibles peuvent être les doses; seulement il importe de les donner immédiatement avant les repas.

Ces petites doses ont leur importance, aussi bien au point de vue pécuniaire qu'au point de vue thérapeutique, le bismuth étant aujourd'hui assez coûteux.

A quelques lits plus loin, au No. 19, se trouve une autre jeune femme, dont je vous ai déjà parlé au sujet de douleurs névralgiques de deux ordres différents qu'elle éprouvait. Elle se plaignait surtout, lors de son entrée (en tant que troubles digestifs), de manquer d'appétit et de digérer difficilement. Immédiatement j'ordonnai deux gouttes de teinture amère de Baumé avant chaque repas et deux gouttes d'acide chlorhydrique après. Dès le 4 juillet, la malade avait un meilleur

appétit et une digestion plus facile, aujourd'hui elle se porte si bien, qu'elle demande à aller à Vésinet. Or, chose remarquable! à mesure que les digestions se font mieux et que l'organisme se répare, la névralgie intercostale (qui était de celles que Beau a si bien signalées dans la dyspepsie) va chaque jour diminuant, l'effet disparaissant ainsi avec la cause.

Vous voyez, messieurs, qu'il peut être bon de combattre l'anorexie comme la dyspepsie, mais là encore la substance employée n'est pas indifférente. Il est évident, par exemple, que certains phthisiques, qui ont ce qu'on appelle la *dyspepsie des liquides*, ne pourraient supporter la macération de quassia amara et auraient plutôt envie de vomir que de manger. Au contraire, avec la teinture amère de Baumé, qui a l'avantage de se donner sous un petit volume, vous faites coup double en agissant : d'une part avec le principe amer sur la sensibilité de la membrane muqueuse qui, sollicitée de la sorte, laisse pleuvoir du suc gastrique ; d'autre part, avec la strychnine sur la tunique musculuse de l'estomac, dont l'atonie se trouve ainsi modifiée.

Maintenant, messieurs, je voudrais vous parler d'une autre substance qui réussit souvent contre les vomissements là où les opiacés ont échoué ; je veux parler de l'alcool. Au No. 41 de la salle Saint-Paul, se trouvait un phthisique dont je ne pouvais venir à bout d'enrayer les vomissements. Le laudanum, la morphine à l'intérieur, les vésicatoires au creux épigastrique, les injections sous-cutanées de morphine, tout avait échoué. C'est alors que je déterminai à lui donner de l'alcool, à raison de 60 grammes pour 100 en potion ; et cette dernière médication fut couronnée d'un succès complet. Ici je me suis inspiré d'un médecin très-distingué, le docteur Tripier, qui a présenté à l'Académie de médecine trois observations desquelles il résulte que l'injection de l'alcool peut enrayer les vomissements chez certains phthisiques.

A vous d'y recourir dans des cas analogues.

Comme exemple d'anorexie combattue avec succès par l'usage de l'acide chlorhydrique et de la craie préparée, je vous citerai le fait d'une femme de quarante-deux ans, tuberculeuse, qui avait été traitée d'abord par l'opium, destiné à calmer ses douleurs d'estomac, puis par la glace, ce qui ne l'empêchait pas d'éprouver de la pesanteur après les repas. C'est alors qu'on lui donna, avant chaque repas, 50 centigrammes de craie préparée ; puis à la fin de ces mêmes repas, 4 à 6 gouttes d'acide chlorhydrique dans 4 à 6 cuillerées d'eau sucrée. Au bout de huit jours de ce traitement, la malade digérait facilement et se trouvait soulagée au point de se croire guérie.

De même, chez une jeune femme de vingt-trois ans, entrée le 9 novembre, les maux d'estomac, l'anorexie et des vomissements continuels avaient amené un état de faiblesse extrême. Les vomissements cessèrent sous l'influence de 6 gouttes de laudanum prises au commencement et 4 gouttes d'acide chlorhydrique prises à la fin de chaque repas. Les troubles du côté de l'estomac disparurent en même temps que la diarrhée devenait plus rare.

Un homme de quarante-sept ans, menuisier, entré le 20 juillet à la salle Saint-Paul, se plaignait d'avoir perdu ses forces et de vomir tous ses aliments deux heures environ après son repas du soir. L'appétit cependant était conservé. Dès son arrivée, on lui fit prendre, avant chaque repas, 2 gouttes de laudanum dans une cuillerée d'eau, et déjà le lendemain le malade ne vomissait plus. On a continué le laudanum et les vomissements n'ont pas reparu.

Un jeune homme de vingt-six ans, ferblantier, nous est entré, le 26 janvier, avec les sièges classiques d'une tuberculose qui paraît avoir débuté il y a cinq ans. Depuis quelques jours surtout, l'appétit était perdu et les digestions étaient difficiles. Nous lui fîmes prendre, avant chaque repas, un paquet de poudre dans lequel il y avait 2 grammes de bismuth et 2 centigrammes de poudre d'opium brut; puis, après chaque repas, 2 gouttes d'acide chlorhydrique dans deux cuillerées d'eau froide. Dès ce jour, le malade cessa de vomir et digéra plus facilement. Le 22 avril, le malade, très amélioré, allait à Vincennes.

Chez une jeune fille de dix-neuf ans, entrée le 25 juin à la salle Saint-Charles et qui se plaignait de perte d'appétit, de renvois acides, de pyrosis, de ballonnement du ventre après avoir mangé, nous avons employé la teinture amère de Baumé à la dose de 2 gouttes, avant chaque repas; de plus, cette jeune fille prenait 3 gouttes d'acide chlorhydrique aussitôt après avoir mangé. Le 4 juillet, déjà l'appétit reprenait et les digestions devenaient plus faciles. Le 24 juillet enfin, la malade se trouvait si bien, qu'elle demandait à aller à Vésinet.

Un homme de trente-huit ans, ébéniste, entré le 19 mai à la salle Saint-Paul, toussait depuis huit mois, et, depuis trois mois, il vomissait en toussant les aliments qu'il venait d'ingérer. C'était surtout la viande que son estomac ne pouvait supporter. Le 20 mai, nous lui fîmes prendre, avant chaque repas, 1 milligramme de morphine en solution, puis, après chaque repas, 3 gouttes d'acide chlorhydrique. Le jour même, il pouvait manger de la viande sans la rejeter. Le 23 mai, il vomissait de nouveau; cette fois, je remplaçai la morphine par 3 gouttes

de laudanum, et, quoique le malade ait continué à beaucoup tousser, il a cessé de vomir.

Un ouvrier sellier, âgé de vingt ans, toussait et perdait ses forces depuis un an. Les hémoptysies, la fièvre et les sueurs nocturnes l'avaient contraint à renoncer à son travail; cependant l'appétit persistait et les digestions se faisaient assez bien. Mais, le 3 mai, il se plaignait d'une douleur d'estomac et il lui fut impossible de prendre plus de quelques bouchées. On lui donna 3 gouttes d'acide chlorhydrique après chaque repas, et les digestions devinrent plus faciles. C'était à cette médication que le malade devait, nous disait-il, de pouvoir aller en convalescence à Vincennes.

Chez une malade de vingt-deux ans, entrée le 12 février, le début de la tuberculose paraissait remonter à six mois seulement. Au moment de son entrée, cette femme se plaignait d'une perte d'appétit datant de quinze jours, de douleurs à la région épigastrique, d'un dégoût prononcé pour les aliments et d'un sentiment de pesanteur extrême, lorsque les aliments avaient été introduits dans l'estomac.

Pour rappeler son appétit, nous lui donnâmes, avant chaque repas, une tasse de macération de quassia amara, mêlée à du sirop d'écorces d'oranges amères, puis après chaque repas 3 gouttes d'acide chlorhydrique dans 30 grammes d'eau. Dès le 15 février, l'amélioration se faisait sentir, l'appétit renaissait. La malade devenait très-gaie et mangeait avec grand appétit. Le 28 février, cette femme nous quittait, par cette raison qu'elle trouvait la nourriture de l'hôpital insuffisante.

La *diarrhée* (et je suis de l'avis de M. Fonsagrives) est bien moins fréquente qu'on l'a dit; mais elle l'est encore trop. Il en est de plusieurs espèces: diarrhée catarrhale, diarrhée par surcharge alimentaire et insuffisance digestive, diarrhée par ulcérations tuberculeuses, diarrhée colliquative.

La diarrhée catarrhale, qu'on observe parfois au début de l'affection, doit être traitée par le régime, d'abord, associé à l'emploi du sous-nitrate de bismuth, à la dose de 5 ou 10 grammes par jour, donné par paquet de 1 gramme à la fois, soit dans du pain azyme, soit simplement délayé dans l'eau. Je préfère ce mode d'administration aux émulsions sucrées, qui sont assez mal supportées par l'estomac. Quand la diarrhée est liée à l'usage de l'huile de foie de morue ou du laitage mal toléré, ou d'une alimentation systématiquement trop généreuse, le régime doit être, à plus forte raison, modifié: on doit d'abord supprimer l'huile, on peut alors avantageusement la remplacer par le koumys; le lait, si utile aux tuberculeux, pourra être toléré en l'additionnant d'une cuillerée à café d'eau de chaux par

tasse, ou encore en faisant précéder celle-ci d'un paquet de sous-nitrate de bismuth de 1 gramme. Enfin, la diarrhée par surcharge gastrique (les matières alvines contenant parfois des aliments mal digérés et encore reconnaissables en partie), cette diarrhée cédera à l'emploi d'un vomitif (1 gramme à 1:50 de poudre d'ipéacanha en trois doses à dix minutes d'intervalle), pour débarrasser l'estomac, suivi d'un léger laxatif le lendemain pour balayer les entrailles; et elle ne se reproduira plus, si l'on règle mieux l'alimentation.

Quand l'irritation de la membrane muqueuse est plus profonde, qu'il y a entérite ou gastro-entérite, la médication doit être plus complexe, contre la gastrite le régime alimentaire convenable: petites quantités de lait, un œuf à la coque sans pain, ou poché dans du bouillon, viande crue râpée par 20 grammes à la fois; un vésicatoire volant à l'épigastre; contre l'entérite, le bismuth, associé ou non à la poudre d'opium brut, à la dose de 1 centigramme par gramme; le diascordium, seul, à la dose de 2 à 4 grammes (par 1 gramme à la fois) ou concurremment à l'emploi du bismuth; ou encore la thériaque à la même dose et de la même façon, en électuaire ou sous forme de poudre. Les astringents ont beaucoup moins de pouvoir et ne sont guère bons qu'en lavement. Le laudanum de Sydenham est excellent, par 1 à 2 gouttes quatre à cinq fois par jour, et par la bouche; simultanément à son emploi par le rectum à la dose de 5 à 10 gouttes d'emblée, une à deux fois par jour.

En même temps je fais faire de la révulsion sur la peau de l'abdomen, soit en l'excitant matin et soir simplement par des frictions sèches à la flanelle ou simulantes à l'aide du baume de Fioraventi, d'alcoolat de mélisse ou d'eau de Cologne, suivies d'un léger massage de la région; soit en recourant à une médication bien plus énergique et très efficace, à laquelle on ne pense guère cependant et qui consiste dans l'application, sur la peau de l'abdomen, de vésicatoires volants de 6 centimètres sur 5 le long du trajet des côlons ou à l'entour de l'ombilic, au nombre successif de trois, quatre ou 5, appliqués chacun à quatre ou cinq jours d'intervalle et pendant une dizaine d'heures; j'en ai obtenu de ces résultats que les gens du monde appellent "merveilleux."

Cette dernière et énergique médication réussit même, au moins pour un temps, dans le cas de diarrhée persistante et profuse, liée aux ulcérations intestinales d'origine tuberculeuse. Il y a là, en effet, bien des éléments morbides en action: l'irritation par le processus tuberculeux, provoquant d'abord l'hyperémie ou diarrhée catarrhale; puis l'inflammation et la diarrhée plus abondante; enfin l'ulcération et la diarrhée plus

abondante encore (qui se révèle, celle-là, par une horrible et caractéristique félicité). Or, qui ne voit que, dans ces cas, la médication qui n'a aucune prise, comme quoi que ce soit, sur le tubercule, en a, et une puissante, sur l'irritation, l'inflammation, voire même l'ulcération périphymique?

C'est dans ces cas encore que la médication est rationnelle, qui consiste à porter un caustique sur les ulcérations, origine du mal.

Vous en avez pu voir les effets sur notre malade du n° 54. Astringents, bismuth, opiacés, administrés par l'estomac ou par le rectum, tout avait été employé sans succès. Je pensai alors devoir administrer le nitrate d'argent en pilules. Le premier jour, je donnai une pilule de 1 centigramme qui resta sans résultat; le lendemain, deux pilules diminuèrent un peu l'intensité de la diarrhée, assez même pour que le malade s'en fût déjà. Au bout de trois jours, je prescrivis 3 centigrammes, et notre homme me dit que ses selles sont aujourd'hui réduites à deux ou trois par vingt-quatre heures et qu'elles ne sont plus liquides.

Graves, en Angleterre, donnait même, en pareil cas, de 15 à 25 centigrammes de nitrate d'argent; mais j'ai voulu précisément vous indiquer ce fait pour vous montrer que le but peut être atteint avec des doses beaucoup moindres. En effet, en allant jusqu'à 4 ou 5 centigrammes, nous avons tari au moins pour un temps, chez notre malade, cette source de déperdition des forces.

Malheureusement, il est des cas où vous échouerez, même avec le nitrate d'argent, même donné à plus forte dose: le mal est trop profond et trop étendu, la muqueuse n'obéit plus.

La diarrhée *colliquative* est spécialement de cet ordre; ce n'est ni de l'irritation, ni de l'inflammation, ni de l'ulcération; c'est un laisser-aller, un abandon, un collapsus des glandules de l'intestin, par lesquelles, inertes, s'échappe comme par la peau la sérosité du sang; ce n'est pas de la sécrétion, c'est de la transsudation, moins encore, une sorte de filtration, où le dynamisme a aussi peu à voir que la thérapeutique à faire. Il n'y a plus qu'à assister, passif et impuissant, à ce phénomène terminal. — (A continuer.) — *Bulletin général de Thérapeutique médicale et chirurgicale.*

—

La fièvre syphilitique. — M. Bucquet, en ce moment, a dans ses salles deux malades atteints d'une affection qui n'a été mise en lumière que dans ces dernières années, par M.

Fournier. C'est la *fièvre syphilitique*. Jusqu'aux travaux de cet éminent syphiliographe, ces manifestations morbides étaient tenues pour de simples coïncidences. C'est au savant médecin de l'hôpital Saint-Louis que l'on doit de connaître le lieu qui les rattache à l'infection syphilitique.

M. Fournier a pu établir trois formes de fièvre syphilitique. Le premier type, le plus commun, rappelle la fièvre intermittente ordinaire. Dans le second type, la fièvre est continue, avec paroxysmes. Le troisième type, le plus rare, présente une forme vague, erratique, irrégulière. C'est assez dire que le diagnostic est loin d'être toujours facile.

La fièvre syphilitique se caractérise par les symptômes suivants.

Le début s'annonce par un frisson intense, par une céphalgie tenace, très-vive, symptôme qui ne manque jamais dans la fièvre syphilitique. Les malades accusent de la lassitude, de la réfrigération, de la courbature. La langue est blanche, l'appétit se perd. Dans certains cas, au contraire, il se produit une véritable boulimie, particularité singulière, en égard à l'état fébrile. Parfois aussi, la langue est nette et humide. Il y a de la constipation. Chez certains malades, l'adynamie est telle, qu'on serait porté à croire à une fièvre typhoïde.

Le type de la fièvre est le plus ordinairement quotidien. Les accès reviennent le soir, et présentent les trois stades de frisson, de chaleur et de transpiration. On n'a jamais observé le type tierce. Caractère fondamental, *contre ces sortes d'accès fibriles, le sulfate de quinine se montre absolument impuissant.*

M. Fournier a très-bien décrit un type particulier auquel il a imposé la dénomination de *typhose syphilitique*. Chez ces malades, l'état fébrile se trouve associé à une asthénie générale. On remarque chez eux de l'hébétude et une profonde torpeur intellectuelle. Ces symptômes peuvent persister durant quelques semaines, donnant le change au praticien, qui peut parfaitement se considérer comme fondé à croire à une fièvre typhoïde.

La fièvre syphilitique est surtout l'attribut du sexe féminin. Elle atteint de préférence les femmes nerveuses, languissantes, au cours de longues convalescences. Sur 1120 malades traités à l'Ourciné par M. Fournier, cette affection a été observée 351 fois. Cet accident atteint donc un tiers des malades. Particularité remarquable, il ne se produit que dans la période des accidents secondaires.

La fièvre syphilitique peut être considérée comme essentielle. C'est une manifestation spéciale de la diathèse syphilitique en activité.

La fièvre syphilitique se développe principalement lorsque l'affection présente la forme viscérale, c'est-à-dire dans les conditions les plus graves de la maladie.

La guérison est la règle. Les accidents se dissipent ordinairement après un laps de temps de cinq à dix jours. Lorsqu'ils persistent deux ou trois septenaires, ils revêtent les caractères de la fièvre typhoïde la mieux accusée.

Quel doit être le traitement de la fièvre syphilitique ?

Le caractère paroxystique des accès indique nettement l'emploi du sulfate de quinine. Or, dans ces conditions spéciales, on voit complètement échouer le précieux anti-périodique. Un seul médicament produit de bons effets : c'est le mercure.

Lorsque la langue est sale, quand l'estomac est mauvais, on pourrait craindre de prescrire ce spécifique à l'intérieur ? Ce serait à tort. Il ne faut même pas être retenu par la considération de l'état fébrile. En pareil cas, on pourrait encore avoir la ressource des onctions mercurielles, mais l'expérience a démontré à M. Fournier que le médicament est très-bien supporté quand même par l'estomac. Il lui a souvent associé avec avantage l'iodure de potassium. Une préparation qui convient beaucoup, en de telles conditions, c'est le sirop de Gibert qui, chacun le sait, est une association des deux agents anti-syphilitiques.

Pour compléter ce tableau, M. Bucquoy trace l'histoire des deux malades en cours de traitement, dans son service.

Premier fait.—Le premier sujet est un cas type de fièvre syphilitique simple, si bien décrite par M. Fournier.

Il s'agit d'une jeune fille âgée de 18 ans. Elle est entrée à l'hôpital Cochin le 16 février, présentant les symptômes suivants :

Fièvre intense, avec frisson ; céphalalgie ; perte complète d'appétit ; insomnie ; prostration des forces. D'après un tel début, on pouvait redouter la production d'une grave affection. Température du matin, 37°. Température du soir, 39°. Ces oscillations ont duré sept jours. Puis la déservescence est devenue complète.

En présence de tels symptômes, on pouvait soupçonner une fièvre typhoïde, ou une fièvre synoque. Mais un indice particulier a de suite éclairé M. Bucquoy sur la véritable nature de la maladie.

Il constata une *roséole* disséminée, décelant chez cette jeune fille une infection syphilitique non douteuse. Mis ainsi sur la voie, ce médecin s'est enquis des antécédants de la malade, et il a appris que, six semaines auparavant, elle avait été atteinte

d'un chancre sur la partie gauche de la vulve. Elle a eu, de plus, une adénopathie inguinale. Entrée en première fois à Saint-Louis, dans le service de M. Fournier, pour se faire traiter, elle a été soumise à l'usage du mercure. Considérée comme guérie, elle a quitté au bout de huit jours l'hôpital, pour y rentrer bientôt, en raison du développement d'accidents secondaires. Elle était sortie de Saint-Louis depuis deux jours, quand le développement d'accidents fébriles a motivé son entrée à Cochin, dans le service de M. Bucquoy.

Ce cas est très-net. Il s'agit bien là d'une fièvre syphilitique type. Mais il en est d'autres où le diagnostic est loin d'être aussi facile à préciser. Tel est le fait du second malade dont M. Bucquoy relate ainsi qu'il suit l'histoire :

Deuxième fait.—Au No. 7 de la salle Sainte-Marie, est couché un jeune homme âgé de 20 ans. Il était entré à l'hôpital du Midi le 6 février, pour se faire traiter d'un chancre induré siégeant au prépuce, avec adénopathie inguinale droite. Le 20 mars, il a quitté le Midi pour entrer à Cochin, présentant les symptômes suivants, comptant déjà quinze jours d'invasion.

Céphalalgie ; vertiges ; lassitude ; insomnie ; fièvre continue ; douleurs de ventre, siégeant surtout du côté de la fosse iliaque droite. Deux vomitifs n'ont produit aucune diarrhée, et n'ont modifié en rien cet état général. La langue est restée sale ; les dents sont fuligineuses.

Aujourd'hui encore persiste, du côté du tégument cutané, un exanthème qui a jeté du jour sur cet obscur diagnostic.

M. Bucquoy a longtemps cru à une fièvre typhoïde simple. Mais, en rapprochant, avec des caractères particuliers, il a cru devoir modifier sa manière de voir.

Il s'agit de taches papuleuses très-confluentes et d'une coloration intense. Ces taches envahissent le tronc dans toute son étendue, les membres inférieurs et supérieurs. Le visage seul est respecté. Ainsi que les taches rosées lenticulaires, celles-ci ne disparaissent pas momentanément sous la pression du doigt.

D'autres caractères permettent encore d'écarter l'idée d'une fièvre typhoïde simple.

Il n'y a pas eu d'épistaxis. On n'entend pas le moindre râle sibilant dans les poumons. Il ne s'est produit ni diarrhée, ni météorisme. Malgré son état fébrile, ce malade est atteint de boulimie. Il mange quatre ou cinq portions par jour.

Pour M. Bucquoy, il ne s'agit pas d'une fièvre typhoïde idiopathique, mais d'un état morbide que M. Fournier a décrit sous le nom de *typhose syphilitique*.

Telle est l'histoire des deux malades de M. Bucquoy.

savant professeur s'est empressé de saisir l'occasion et de rapprocher ces faits pour attirer l'attention sur une affection qui, bien étudiée dans ces dernières années seulement, passe trop souvent méconnue. Il faut savoir que cette fièvre n'est pas due à une simple coïncidence, mais qu'elle n'est qu'une manifestation particulière de la période secondaire de la syphilis. Une notion pratique essentielle à connaître est la suivante : les accès fébriles, liés à la fièvre syphilitique, ne sont en rien modifiés par le sulfato de quinine. Ils sont justiciables du mercure qui, dans l'espèce, constitue une précieuse pierre de touche.—*Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale.*

—

Déformations osseuses du crâne caractéristiques de la syphilis chez les nouveau-nés.—M. Parrot présente trois jeunes enfants de son service à l'appui de l'opinion qu'il émet sur la déformation caractéristique du crâne. À l'aide de ces déformations, on peut diagnostiquer la syphilis héréditaire des nouveau-nés. La syphilis héréditaire détermine chez ces enfants des lésions très-multiples : elle affecte presque constamment le système osseux, et c'est le crâne qui est le plus souvent le siège de ces lésions. Un ou deux mois après la naissance, on peut constater des ostéophytes qui ont leur siège d'élection autour du bregma ; ces ostéophytes s'accroissent peu à peu, finissant par déformer le crâne et lui donnant une forme typique. Pour M. Parrot, c'est un caractère absolu, qui ne lui a jamais manqué et lui a permis de diagnostiquer une syphilis héréditaire quand il n'y avait rien sur la peau, ni sur les muqueuses. M. Parrot entre dans des détails sur la constitution histologique de ces ostéophytes qui prennent leur point de départ dans le diploé des pariétaux.—*Soc. méd. des hôpitaux.—Revue de Thér. médico-chirurgicale.*

—

Confection et indications du cataplasme de Trouseau.—M. le docteur DIEULAFOY, qui a eu de fréquentes occasions de retirer de bons effets de ce cataplasme, en donne la description suivante :

On prend, suivant le volume de l'articulation malade, 1 kilogramme et demi ou 2 kilogrammes de pain ; 2 kilogrammes sont nécessaires pour l'articulation du genou ; 1 kilogramme est suffisant pour l'articulation du poignet. On coupe ce pain en morceaux, en ayant soin d'enlever les parties dures de la

croute, et on fait tremper ces morceaux dans l'eau durant un quart d'heure environ.

Quand on retire ce pain de l'eau, il est fortement imbibé ; on le place alors dans un linge ou dans une serviette, et par la torsion on l'exprime de façon à le priver d'une partie de l'eau qu'il avait absorbée. Le pain n'est plus imbibé, il n'est qu'humecté.

Ainsi préparé, ce pain est placé au bain-marie, où il doit rester trois heures. Quand on le retire du bain-marie, on a une sorte de pâte assez desséchée, qu'on ramollit peu à peu par l'addition d'alcool camphré. Ce gâteau est pétri pendant cinq minutes, jusqu'à ce qu'il ait acquis la consistance assez ferme du plum-pudding ou du mastic de vitrier. C'est même là le point délicat dans la confection du cataplasme ; ce degré de consistance est essentiel à obtenir ; si le cataplasme est trop mou, il fuse sous la compression exercée au niveau de l'articulation ; s'il est trop dur, il n'est plus homogène, il se morcelle, et ses parties desséchées peuvent excorier la peau. Il faut donc surveiller avec soin le degré de consistance du cataplasme ; quand on n'en a pas l'habitude, on a toujours une tendance à le faire trop mou, soit qu'on n'ait pas suffisamment exprimé le pain avant de le placer au bain-marie, soit qu'on ait versé trop rapidement une trop grande quantité d'alcool camphré.

La pâte étant ainsi préparée, on l'étale sur une compresse de toile en lui donnant la forme d'un rectangle allongé, de dimension telle que l'articulation tout entière soit enveloppée. Il est utile que le cataplasme conserve sur ses bords une certaine épaisseur, 1 centimètre au moins, afin d'éviter la trop rapide dissiccation des parties amincies.

A la surface du cataplasme, on étend une mixture très-liquide composée comme suit :

Camphre.....	7 grammes
Extrait d'opium.....	5 —
Extrait de belladone.....	5 —
Alcool.....	q. s.

Le cataplasme est terminé ; l'application est plus simple. On le met à nu sur l'articulation malade et on l'entoure de taffetas gommé destiné à s'opposer à l'évaporation. On fixe le tout, en exerçant une compression assez énergique au moyen d'une bande de flanelle longue de plusieurs mètres, et on termine enfin par une seconde bande de toile de même longueur que la précédente. La longueur de ces bandes varie suivant le volume de l'articulation, et par conséquent suivant les dimensions du cataplasme.

Ainsi emmaillotté, l'articulation malade est immobilisée et condamnée au repos; la compression doit être assez forte, mais pas assez énergique toutefois pour déterminer l'œdème en ayant soin d'entourer d'une bande roulée ces parties sous-jacentes. Afin d'éviter le déplacement des tours de bande, on les fait coudre.

Ainsi appliqué, le cataplasme doit rester en place huit à dix jours. Après cette époque, on lève l'appareil, et on est surpris de trouver le cataplasme aussi frais, aussi humecté que si on venait de l'appliquer; il a conservé sa bonne odeur camphrée, et il ne porte pas trace de moisissure. La peau, qui est restée si longtemps en contact avec le cataplasme, est absolument saine; elle ne serait excoriée que dans le cas où le cataplasme, trop aminci sur ses bords, ne serait desséché ou aurait fusé sous une compression mal faite.

Tel est le cataplasme de Troussau. Au premier abord, le prix de cette médication peut paraître trop élevé pour les gens trop aisés, car les substances employées ne reviennent pas à moins de 6 francs (et 3 francs dans les hôpitaux); mais cet argument perd de sa valeur quand on veut bien réfléchir que ce cataplasme reste en place au moins huit jours; or, quels sont les médicaments qui, employés pendant une semaine, n'atteindraient pas et même ne dépasseraient pas le même prix?

Les indications de cette médication n'ont même pas besoin d'être discutées. Dans les arthrites chroniques ou subaiguës, quelles que soient leur cause et leur nature, quand les autres moyens, tels que vésicatoires et cautérisations, ont échoué, et même avant qu'ils aient été employés, le cataplasme de Troussau peut rendre les plus grands services. (*Paris médical*, 2 janvier 1879.)—*Lyon médical*.

—

De la chorée vulgaire chez les vieillards.—Dans une leçon faite à la Salpêtrière, M. Charcot a entretenu ses auditeurs de cette maladie, qui existe chez les vieillards aussi bien que chez les enfants, et avec des caractères à peu près identiques. Mais la chorée des vieillards a été observée rarement: la plupart des auteurs n'en parlent pas. Parmi les faits disséminés dans la science, M. Charcot cite celui d'une femme de quatre-vingt-trois ans, consigné par M. Roger; celui d'un malade de M. G. Sée, âgé de cinquante-neuf ans; enfin une observation de Graves, concernant un homme de soixante-dix ans.

La chorée vulgaire n'est guère modifiée dans sa forme

lorsqu'elle est implantée chez le vieillard ; tout ce qu'il est possible de relever, c'est la lenteur relative des mouvements, la variété peut-être moins grande des grimaces, la marche essentiellement chronique. Des deux malades actuellement présents à la Salpêtrière, l'un a soixante et onze ans ; la chorée a débuté il y a une douzaine d'années, de même chez l'autre.

Le pronostic n'est pas grave, en général, en ce sens que la vie n'est pas compromise, mais il l'est en ce sens que la maladie est incurable.

Chez les vieillards, il ne semble pas exister de relation entre la chorée et le rhumatisme ; mais elle paraît, chez le vieillard comme chez l'enfant, être une maladie émotionnelle. Il ne faut pas confondre la chorée sénile avec le tremblement sénile (*Progr. med. et Gaz. des Hôp.*).

Asthme et broncho-pneumonie.— Nous avons dans le service un jeune homme de 21 ans, asthmatique depuis 12 ans, qui nous a présenté des accès d'asthme typique semblables à ceux des vieillards. Et à ce propos, il est bon de savoir que l'asthme pur, vrai, est une affection de l'enfance et de l'adolescence, ainsi que notre malade asthmatique depuis l'âge de 11 ans nous en offre un exemple. Chez l'adulte au contraire, l'asthme est rarement isolé, il y a en général quelque chose de plus. Aussi, lorsqu'il se montre pour la première fois vers l'âge de 35 à 40 ans, faut-il bien se défier, et convient-il de ne se prononcer qu'après un examen approfondi de tous les organes, de la poitrine, du cœur et des reins. Ces derniers surtout sont fréquemment la raison cachée de toutes espèces de maladies dont on accuse à tort l'estomac, le foie, le cœur ; les néphrites albumineuses sont l'origine de fréquentes erreurs particulièrement au sujet des dyspnées. Il est donc nécessaire d'avoir fait un examen complet et approfondi avant de pouvoir dire qu'un malade est asthmatique, et non cardiaque et néphrétique.

Certains médecins, et entre autres Rostan, s'étaient même demandé si les vieillards pouvaient être asthmatiques. En effet, si un vieillard meurt âgé de plus de 60 ans avec des accès d'étouffements, avec les symptômes de l'asthme, c'est que ces derniers sont liés le plus souvent à une affection du cœur. Rostan, il est vrai, se trompait à cet égard, en croyant à une lésion de l'aorte.

Chez notre jeune malade, nous avons eu affaire à un asthme tout-à-fait net, mais qui vient de se compliquer d'une pneumonie.

nie. Cherchons à étudier comment cette complication a pu se développer : Les asthmatiques sont sujets au *catarrhe bronchique* qui forme le fond de l'asthme. Au lieu d'admettre l'asthme nerveux comme cause primitive, on dit même qu'il y a catarrhe bronchique avec emphysème. Or ces deux symptômes sont les corollaires obligatoires de l'asthme nerveux qui n'est qu'une névrose du pneumo-gastrique. Longet, en effet, a démontré expérimentalement qu'en faisant la section du pneumo-gastrique, on déterminait la formation immédiate de l'emphysème pulmonaire. Il y a dans l'asthme, d'abord irritation du nerf vague, puis paralysie consécutive; l'asthme précède l'emphysème et le catarrhe bronchique dont il est la cause. Une opinion inverse serait erronée, et aurait l'inconvénient d'engager à traiter le catarrhe bronchique et l'emphysème avant de s'adresser à la cause nerveuse primitive, et d'envoyer les malades aux eaux sulfureuses ou arsenicales. Les eaux arsenicales pourraient avoir leur utilité relative, mais les eaux sulfureuses n'auraient aucune action efficace, attendu qu'elles s'attaqueraient uniquement aux phénomènes ultimes, et ne conviendraient qu'en dernier lieu.

Cela étant dit, revenons à notre asthmatique et à sa pneumonie; de même que la plupart de celles qui se développent chez les asthmatiques, ce n'est pas une pneumonie franche lobaire, mais une pneumonie lobulaire, une broncho-pneumonie. Il n'est pas rare de voir la pneumonie récidiver assez fréquemment au bout de deux, trois ou dix ans, de même qu'on voit des asthmatiques qui, après un accès de un mois, restent parfois un an ou deux sans en avoir d'autre. Il est probable que les personnes sujettes à des pneumonies à répétition sont des asthmatiques, et que leur affection pulmonaire est greffée sur l'asthme. Parfois, ces pneumonies sont franches, légitimes, lobaires, s'annoncent par un frisson, un point de côté, donnent lieu à des crachats rouillés et visqueux, à des râles crépitants et à du souffle, durent sept à huit jours et présentent une défervescence des plus nettes. Mais à côté de ces cas, il en est d'autres plus fréquents où la pneumonie qui se déclare est une broncho-pneumonie, pneumonie lobulaire, ou, comme on disait auparavant, *peripneumonia nota*, semblable à celle des enfants après la rougeole, la coqueluche, les fièvres éruptives, etc.

Il y a une différence considérable entre ces deux formes, ce ne sont plus ni les mêmes malades ni les mêmes maladies. Dans la *pneumonie franche*, il se forme dans les petites bronches une véritable inflammation, avec sécrétion épaisse, qui envahit un lobe entier; d'où le qualificatif de *lobaire* qui lui a été donné; c'est le type de l'inflammation pulmonaire, elle cons-

titue une maladie nette et indépendante. Dans la *broncho-pneumonie*, il en est tout autrement, il n'y a pas de pneumonie véritable, et c'est ici que nous retrouvons l'influence du catarrhe bronchique de l'asthme.

Supposons, en effet, une bronchite qui s'étende aux plus fines ramifications des bronches; qu'arrive-t-il si le mucus devenu de plus en plus épais et abondant vient à oblitérer ces canaux? Une petite bronche étant obstruée, le lobule pulmonaire qui en dépend va s'affaïsser et tomber au-de-sous du niveau de ses voisins. Aussi, à la surface du poumon, on trouve une série de dépressions formant avec le tissu sain des lobules contigus une succession de vallées et de montagnes; il y a collapsus du poumon, atélectasie pulmonaire, ou *état fatal* de Legendre.

En effet, les parties du poumon atteintes de pneumonie lobulaire ont la plus grande ressemblance avec celui qu'affecte cet organe chez le fœtus qui n'a pas encore respiré. Cet état que nous retrouvons dans la broncho-pneumonie est tantôt toute la maladie, tantôt simplement le commencement d'une autre phase. En même temps qu'il y a un certain nombre de lobules collabés, il peut réellement se faire aussi une stase avec phénomènes inflammatoires.

Notre malade, qui a de l'asthme catarrhal, a donc en outre un certain nombre de lobules pulmonaires qui donnent de la matité, un souffle très faible, peu de signes stéthoscopiques nets, sauf la diminution du murmure respiratoire. Ces phénomènes n'ont pas une marche cyclique régulière, ils reparaissent dans un endroit après avoir diminué dans un autre, aussi la maladie peut-elle se prolonger presque indéfiniment. Comment se fait-il que les personnes qui ont une broncho-pneumonie ne parviennent pas à s'en guérir, à chasser ce petit bouchon de mucosités qui obstruent les ramifications bronchiques? C'est qu'elles sont en général affaïblies, débilitées par la fièvre, et n'ont pas la force de débarrasser leurs bronches. Aussi le traitement de ces cas est-il très difficile; l'iodure de potassium, qui réussit si bien contre l'asthme, ne peut être continué à cause de la fièvre; l'opium a pour effet de coaguler encore davantage le mucus bronchique. Dans certains cas, un vomitif semblerait devoir être efficace, mais son administration peut présenter des dangers et provoquer la mort subite du malade. La digitale est indiquée dans le cas actuel et il convient de l'essayer, mais il ne faut pas se dissimuler que la thérapeutique montre peu efficace, comme elle l'est en général contre la plupart des affections aiguës. —*Le Praticien.*

Les stations hivernales et la cure à l'étable, dans le traitement de la phthisie pulmonaire.—M. CONSTANTIN PAUL est d'avis que toutes nos stations d'hiver ont chacune leurs indications propres dans le traitement de la phthisie. Il serait très-important de bien établir ces indications, de façon à ne pas faire fausse route lorsqu'on déplace un malade pour l'envoyer dans le Midi.

Autre considération : on se presse trop généralement, quand arrivent les beaux jours, de faire revenir chez eux les malades qui ont passé l'hiver dans le Midi. Ce passage brusque de la station hivernale dans un milieu moins élément est une source de troubles pour eux, de bronchites particulièrement. C'est pourquoi il vaudrait mieux leur conseiller un séjour dans une station intermédiaire, comme Pau, afin de leur éviter un brusque changement de climat.

M. Paul passe alors à d'autres remarques.

La plupart des médecins, dit-il, hésitent à prescrire la station hivernale quand un phthisique a de la fièvre. Cette réserve est bonne. Mais faut-il laisser le patient dans un milieu à température variable, en butte à mille causes novices qui pourront agir d'une façon funeste sur son économie? Telle n'est pas l'opinion de M. Constantin Paul; ces conditions fâcheuses ne trouvent pas le médecin désarmé : l'indication formelle, en pareil cas, c'est la *cure à l'étable*.

Rien de plus simple, de moins coûteux, de plus facile à pratiquer que la dite cure. On trouve partout des étables à vaches et l'on peut y placer facilement un lit pour le malade, qui séjournera dans cette chambre improvisée de huit heures du soir à dix heures du matin.

La température de l'étable est uniforme de 21 degrés l'hiver; l'air y est humide et non excitant.

Le malade pratique en même temps la demi-diète lactée dans les meilleures conditions, puisqu'il peut boire le lait dès qu'il vient d'être trait.

Dans la journée, il sort peu, et s'il fait beau temps.

Sous l'influence du séjour à l'étable on voit la fièvre tomber; l'appétit renaît, la nutrition se fait mieux, à ce point que M. Paul a constaté une augmentation de 17 kilogrammes pendant la saison d'hiver chez un de ses malades.

L'étable à mouton a une chaleur trop élevée; les phthisiques y suffoquent et s'en trouvent mal.—*Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale.*

Du tannin dans le traitement de la diphthérie.—M. le docteur EUG. HUBERT, dans le *Journal des sciences médicales de Louvain*, dont il est le rédacteur en chef, recommande chaudement le tannin dans le traitement de la diphthérie.

Il conseille de faire des injections de tannin dissous dans la glycérine (1/12), injections qu'il convient de pousser, plusieurs fois par jour, dans les deux narines, à l'aide d'une petite seringue : chaque fois le liquide projeté au fond des fosses nasales, d'où il rejaillit dans toutes les directions, ramène avec lui des grumeaux et des membranes beaucoup plus larges que l'inspection de la gorge ne l'aurait fait soupçonner.

M. le docteur E. Hubert cite un grand nombre de guérisons dues à cette médication, dont l'idée première appartient à M. le docteur Cousot, de Diauant.—*Arch. méd. belges.*—*Revue de Thérapeutique médico chirurgicale.*

PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALES

Fissure à l'anus.—Traitement du Dr. Chapelle, d'Angoulême (*mixture au chloroforme*).—A plusieurs reprises, nous avons eu l'occasion de signaler les avantages de toutes sortes que présente ce mode de traitement, qui n'occasionne aux malades qu'une douleur momentanée très-tolérable, leur permet de continuer à vaquer à leurs occupations, et leur assure, enfin, une prompte et sûre guérison. Nous avons déjà donné la formule du docteur Chapelle. Ainsi que tant d'excellentes choses, ce traitement ne s'est pas vulgarisé. Aujourd'hui la dilatation est en vogue. On dilate quand même les fissures, qu'il serait si aisé de guérir sans faire souffrir les malades, on dilate les hémorroïdes : que ne dilate-t-on pas ? Ce procédé peut être du goût des chirurgiens. Assurément il ne saurait l'être de celui des praticiens modestes, encore moins de celui des patients ! Il n'est donc pas sans utilité de rappeler un mode de faire susceptible de rendre de signalés services.

L'occasion de revenir sur ce mode thérapeutique nous est, en ce moment même, fournie par un fait récent, où son efficacité constante ne s'est pas démentie. Voici l'observation dont il s'agit. Nous la relaterons succinctement, sans la faire suivre d'aucun commentaire.

Madame B., secondipare, est accouchée heureusement à la fin de février dernier. Cinq à six jours après son accouchement, elle a eu une seule moulée très douloureuse. A dater de

ce moment, la défécation s'est accompagnée de vives souffrances et de pertes de sang assez notables. Le 13 mars dernier, cette jeune femme se décida à venir nous consulter. Nous constatâmes, à l'orifice anal, deux longues et profondes fissures. Le lendemain, nous mîmes en œuvre le traitement suivant :

Nous badigeonnâmes, avec un pinceau en blaireau, l'orifice anal avec la mixture suivante, que nous fîmes en sorte de porter soigneusement dans toute l'étendue des fissures :

R. Chloroforme	3 j
Alcool	3 v

La douleur, assez vive, ne persista pas au-delà de quelques minutes.

La malade fut soumise à l'usage de la magnésie calcinée, à l'usage de rendre les selles demi-molles.

Cette opération fut répétée les neuf jours suivants. Ces opérations ont été de moins en moins douloureuses. Les derniers badigeonnages n'ont été effectués que par mesure de précaution. Depuis ce moment, la guérison ne s'est pas démentie.

Il nous a été donné une douzaine de fois de mettre ce mode de traitement en pratique. Nous avons eu à enregistrer autant de succès durables.—*Revue de Thér. médico-chirurgicale.*

—

Traitement chirurgical à l'anasarque.—On connaît l'insuffisance, on connaît surtout le danger des scarifications et mouchetures faites sur les membres affectés d'anasarque dans les maladies du cœur ou des reins. Bien rarement elles amènent un dégorgeant notable, et trop souvent elles sont suivies d'inflammation, ulcération, gangrène des téguments.

M. Wickens obvie à ces inconvénients par le procédé suivant. Après avoir bien huilé le membre, il y fait rapidement vingt ou trente piqûres avec une aiguille à bec de lièvre, en ayant soin que la pointe de l'instrument pénétre jusqu'au tissu sous-cutané.

Cela fait, on place sur les piqûres des éponges qui, préalablement, ont été plongées dans une solution d'acide salicylique : à mesure qu'elles deviennent gorgées du liquide de l'hydropisie, on les exprime, on les passe de nouveau dans la solution d'acide salicylique, puis on les remet en place.

Ce changement doit se faire toutes les deux ou trois heures environ ; on absorbe ainsi plusieurs pintes de liquide pendant les premières vingt-quatre heures. Au bout de quatre ou cinq jours, les piqûres sont fermées.

Par l'emploi de l'acide salicylique, on prévient la décomposition du liquide, la fétidité des éponges, l'irritation de la peau et les conséquences fâcheuses qui en résultaient fréquemment. — *The Lancet et Lyon médical.* — *Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale.*

Rétention d'urine. Trente-cinq ponctions de la vessie; guérison. — Dans la *Revue médicale de Toulouse* le Dr DAZET rapporte un cas de traitement de la rétention d'urine par une ponction avec l'aspirateur. Cette opération, pratiquée depuis peu sans être constamment aussi inoffensive que dans le cas cité par notre confrère, rend de très-grands services. Dans les cas où une congestion périprostatique, une inflammation passagère créent un obstacle invincible, il arrive qu'après une ou plusieurs ponctions tout rentre dans l'ordre et la rétention peut cesser sans opération sur le canal.

Dans son cas, il s'agissait d'un homme peu âgé, cinquante ans, atteint de rétention d'urine succédant à une congestion hémorrhoidale.

Le cathétérisme ayant été impossible une ponction fut faite avec l'aiguille No. 2 de l'aspirateur. On obtint deux litres et demi d'urine. Le lendemain matin deuxième ponction et le soir troisième ponction. Depuis le 27 juillet jusqu'au 12 août deux ponctions ont été faites ainsi matin et soir.

Il a été ainsi fait trente-cinq fonctions dans un champ opératoire très restreint à deux ou trois centimètres au-dessus du pubis.

L'écoulement par l'urèthre n'a commencé à se faire qu'après la troisième ponction, et ce n'est qu'après la trente-cinquième que le malade est parvenu à vider sa vessie habituellement. Depuis il a guéri sans incident.

C'est là un résultat très-intéressant pour la pratique où les cas d'urèthre très-difficiles ou impossibles à traverser ne sont pas rares. — *Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

Traitement de l'hydarthrose. — L'hydropisie des articulations disparaît quelquefois spontanément, soit par résorption de la sérosité, soit par rupture spontanée du cul-de-sac synovial. Mais généralement cette affection exige un traitement local plus ou moins actif, selon qu'elle est récente ou ancienne.

Dans le premier cas, on obtiendra la disparition du liquide

épanché, soit par les frictions, le massage, l'application de liquides résolutifs : soit par les vésicatoires ou la teinture d'iode aidée de la compression, (bandage ouaté amidonné, méthode de Vaulkmann), soit par la compression évaporante (traitement Roguetta) ; soit encore par l'emploi du sable chaud, traitement préconisé par Bergeret : on enveloppe le genou d'une couche épaisse de ouate, et l'on applique continuellement au-dessus un sachet contenant du sable fin *très chaud*, de façon qu'il puisse s'étaler et dépasser l'articulation en tous sens. On recouvre le tout d'une couverture de laine : la chaleur provoque une sueur locale abondante et en quelques jours l'*hydarthrose* disparaît.

Lorsque la maladie est ancienne, on sera souvent obligé d'évacuer le liquide épanché, soit par une ponction simple, soit par une ponction suivie d'une injection à la teinture d'iode. Cette dernière méthode, due à Velpeau, a pour but de modifier la vitalité de la membrane séreuse, d'arrêter l'hypersecretion, et d'y prévenir la récurrence.

On n'explique pas bien comment l'iode agit dans ce cas : d'après les uns il déterminerait une inflammation dite adhésive, qui aurait pour effet d'effacer ou d'oblitérer la poche séreuse. D'après d'autres, l'iode se précipitant à la surface de la synoviale, empêcherait une sécrétion ultérieure.

Dans ces derniers temps, la méthode aspiratrice a été appliquée avec succès au traitement des épanchements articulaires, particulièrement de ceux du genou.

D'après Dieulafoy, cette opération serait d'une complète innocuité, si elle est méthodiquement pratiquée.

Les épanchements du genou demandent un traitement dont la durée varie d'une à dix aspirations.

Mais comme on n'a pas toujours à sa disposition un appareil aspirateur, que d'un autre côté certains malades redoutent toujours une opération, si légère qu'elle soit, nous pensons que l'*hydarthrose* peut être efficacement combattue par un des moyens exposés plus haut.—(*Arch. mèd. belges*)—*Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale*.

Traitement de l'ongle incarné par le nitrate de plomb et de la morphine.—Le Dr CECCATO-GAETANO nous donne, dans le *Morganii*, une confirmation du traitement de l'onyxis par le nitrate de plomb, que nous avons indiqué il y a longtemps déjà.

Dans trois cas d'ongle incarné de mauvaise nature, il institua

le traitement suivant. tout d'abord application d'une solution concentrée de sulfate de morphine sur l'orteil malade et, quand la sensibilité avait disparu, on saupoudrait la plaie avec du nitrate de plomb. La douleur était nulle ou très-légère. Au bout de peu de jours on enlevait la croûte formée et l'on trouvait une surface très-bien cicatrisée.—(Mon. Thérap.)—Revue de *Thérapeutique médico-chirurgicale*.

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

A quel moment doit-on lier le cordon ombilical?
—Cette question, vieille comme l'accouchement, a été rajeunie en 1875 et 76 par les recherches de M. Budin (*Progrès médical*). Cet auteur a montré que la ligature, pratiquée immédiatement après la naissance, laissait dans le cordon et le placenta 98 centimètres cubes de sang fœtal, tan lis que la ligature pratiquée deux ou trois minutes après la cessation des battements n'en laisse que 11. D'où il concluait qu'il fallait attendre ce moment pour opérer la ligature même dans les cas d'asphyxie bleue.

Schucking (*Berliner Klinik Wochenschrift*, 1877) confirme les données numériques de Budin en recevant les enfants dans une balance et en notant l'augmentation de leur poids.

Hélot et Hayem trouvèrent plus de globules rouges dans le sang du nouveau-né après la ligature tardive qu'après la ligature immédiate (de 5 à 900,000 en plus par millimètre cube).

Lweifel (*Central sur Gynécologie*, 1878) détermina la quantité de sang laissée dans le placenta par le procédé de Welker (fondé sur la coloration des eaux de lavage) et trouva d'abord 164, puis 81 grammes de différence suivant la ligature adoptée.

L. Meyer obtint des résultats en contradiction avec ceux de Lweifel. Hoffmeier confirma au contraire ceux de Shucking, en suivant la même méthode.

M. Porak (*Considérations sur l'ictère des nouveau-nés*: thèse de Paris, 1877) admet les résultats numériques de Budin, mais il conteste formellement l'utilité de l'accumulation du sang dans les vaisseaux du fœtus. Tandis que Budin fait jouer le principal rôle dans cette accumulation à l'aspiration thoracique des premières inspirations, Porak exagère l'explication émise par Shucking, qui admet non pas une aspiration mais un refoulement par la contraction utérine. Ce refoulement se ferait

d'après lui, avec une violence dangereuse, et il croit le démontrer d'abord par l'observation de la tension du sang dans la veine ombilicale lorsqu'on attend pour faire la ligature, et surtout par l'état de santé des enfants dans les premiers jours qui suivent la naissance. Les enfants chez lesquels le cordon a été lié tardivement seraient plus exposés que les autres à l'ictère et aux hémorrhagies intestinales; enfin ils augmenteraient moins rapidement de poids dans les premiers jours de la naissance. Les statistiques de M. Porak sont loin d'être convaincantes; il ne tient nul compte de l'augmentation du poids de l'enfant par la ligature tardive pour apprécier le rapport entre le poids à la naissance et le poids au dixième jour. Et il nous semble qu'on peut admettre, après toutes ces discussions, que la ligature tardive (deux à trois minutes après la cessation des battements du cordon) doit être regardée comme le procédé de choix en général, qu'il faut se méfier beaucoup des saignées du cordon, même dans le cas d'asphyxie bleue, la réplétion du système vasculaire, du nouveau-né paraissant être une condition très-favorable à l'établissement régulier de la circulation et de la respiration.—*Lyon Médical.*

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE.

Usages thérapeutiques de l'idioforme.—Le docteur Bernatzik assigne à l'idioforme les différents usages que nous allons énumérer.

A l'intérieur, on donne l'idioforme en pilule et pastille, ou bien émulsionné dans du blanc d'œuf, dissous dans l'alcool ou l'éther, à la dose de 0,06 à 0,20. La forme pilulaire est préférable.

C'est un bon médicament dans les affections syphilitiques, scrofuleuses, goutteuses; dans la tuberculose pulmonaire, les affections carcinomateuses, le rhumatisme chronique, la cardialgie, le mal de tête nerveux, la névralgie sciatique, les ulcérations douloureuses.

A l'extérieur, on se sert de sa poudre pour saupoudrer les ulcères cancéreux ou syphilitiques, les condylomes, les plaques muqueuses, les ulcères phagédéniques et les ulcérations du col utérin. On touche encore avec l'idioforme les ulcères syphilitiques du nez ou de la gorge.

Sa solution dans l'éther (1 à 15), ou dans une mixture d'al-

cool et de glycérine (2 à 3 d'idioforme pour 30 de glycérine et 10 d'alcool), peut être employée dans les mêmes cas.

Dissous dans l'éther ou le chloroforme, suivant la proportion à : 15 à 30, l'idioforme est employé comme liniment dans le rhumatisme, contre les rhagades ou la fissure à l'anus, et enfin, à titre de topique anodin, dans les abrasions de la peau en général.

L'idioforme suspendu dans l'eau à l'aide d'albumine (alb. 1 : 50 — 100 aq.) constitue un bon gargarisme et peut être administré ainsi en lavement.

Dissous dans le collodion, il a les applications des solutions mentionnées ci-dessus.

En pommade (1 : 2 — 15 d'axonge), l'idioforme est indiqué en onction sur hypertrophies ganglionnaires cancéreuses, scrofuléuses ou autres ; contre les dermatoses squameuses, papuleuses ou tuberculeuses dans l'hyperesthésie cutanée, le mal de tête syphilitique, les fissures, les ulcérations syphilitiques, etc.

Sous forme de trochisques, mélangé à de la gomme arabique, en suppositoire (idioforme, huile d'amande douce, â â 1 ; beurre de cacao, 10-20), l'idioforme peut rendre des services dans les ulcérations douloureuses du rectum, des fosses nasales, du vagin, de l'utérus, particulièrement quand elles sont de nature cancéreuse.— *Wien. med. Press et Cour. méd.—Revue de Thérapeutique médico chirurgicale.*

Une pommade contre les douleurs chroniques ou sub-aigues de la goutte et du rhumatisme.—

R. Gomme-gutte finement pilée

Myrrhe.....	} aa 3 ij
Canelle	
Salicylate de soude.....	

Essence de thérébentine. Quantité suffisante pour consistance fluide.

Trois frictions énergiques par jour. On recouvrira ensuite les articulations malades avec de la ouate ou de la laine.— *Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale.*

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

MONTREAL, JUIN 1879.

Rédacteurs :

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

Notre code.

Ontario vient de nous donner un magnifique exemple, ou plutôt un séquelle d'exemples magnifiques, qui nous prouvent que là-bas, il y a protection (c'est le mot) pour le médecin et que loi n'est pas lettre morte. On y est à sévir contre le charlatanisme et sans ménagement. Voici la manière qu'on a employée pour parvenir à un résultat pratique, chose que nous méconnaissions ici, malgré les efforts réitérés d'amis chez qui le dévouement abonde.

La police est sœur puisnée de tous les maux qui inondent la société; hâtons-nous de dire que née du mal, elle en est l'antidote, sinon au point de vue moral—rarement elle a fait des conversions—au moins au point de vue social, c'est-à-dire que le violateur de la loi ne coudoie guère l'agent de sûreté, et que fréquentations entre eux ne sont pas en usage. C'est ce que se disent les charlatans d'Ontario depuis qu'on a mis la police à leur recherche: plus de deux cents victimes dans quelques semaines, quel massacre!! Le collège des médecins de Toronto, et celui des dentistes, confièrent la besogne à M. Smith, de la police secrète qui ne s'en est pas mal acquitté comme on vient de le dire.

Madame Lasel, *clairvoyant physician* (sic) condamnée à à une amende de vingt-cinq dollars et n'ayant pu les collecter chez ses ingrats patients, a fait un mois de prison. Dr Sutherland, grand guérisseur du bégaiement, fut plus heureux,... il put payer la somme. Alex. Moore, pour qui le cancer n'est qu'un vain mot eut le même sort. Un autre qui préfère soigner d'après les portraits de ses patients, que d'après leur examen, en fut quitte pour un montant semblable. Ainsi de suite pour tutti quanti.

Pourquoi ne pourrions-nous pas en faire autant dans la Pro-

vince de Québec? La police n'est-elle pas notre amie? et la loi n'est-elle pas la loi pour nous? Et surtout ne sommes-nous pas soucieux des intérêts de la société? Ouvrons notre code médical, en force depuis deux ans déjà et voyons.

25. "Toute personne qui sera convaincue sur le serment d'un ou de plusieurs témoins, en conformité des dispositions de l'acte de cette province, 38 Vict., ch. 37, d'avoir pratiqué la médecine, la chirurgie ou l'art obstétrique dans la province de Québec, soit à gages, soit pour argent, ou dans l'espérance d'une récompense, sera, sous conviction sommaire devant un shérif, ou magistrat de district ou un recorder, ou un juge des sessions de la paix, condamnée à payer une amende de pas moins de vingt cinq piastres ni de plus de cent piastres."

Et ailleurs, chose qu'on oublie.

21. "Toute personne qualifiée, suivant cet acte, à être enregistrée, mais qui néglige ou qui omettra de se faire ainsi enregistrer, ne pourra se prévaloir d'aucuns droits ou privilèges conférés par cet acte tant que durera cette négligence ou cette omission, et elle sera passible de toutes les pénalités imposées par cet acte, ou par tout autre acte qui peut être maintenant en force contre les praticiens non qualifiés ou non enregistrés, et elle paiera une amende de cinq piastres, chaque année, jusqu'à ce qu'elle soit enregistrée," Gare donc!

Les remèdes patentés.

Les journaux, de temps en temps, nous apportent la triste nouvelle de l'empoisonnement par des remèdes patentés: ils nous disent tout ce qu'ils savent à ce sujet, mais nous savons qu'ils n'en connaissent pas long heureusement. En effet, quel est celui d'entre nous qui n'a pas été témoin de cas malheureux tels que celui mentionné ces jours derniers (un enfant, mort empoisonné par une dose trop élevée du Sirop des Enfants du Dr Coderre), et qui n'a pas gardé un silence assez charitable. Les empoisonnés par les sirops sont nombreux, nous le savons tous. Et nous laissons faire le mal, comme s'il était incontrôlable! On a donc raison de jeter le cri d'alarme dans le public. Plusieurs causes peuvent donner lieu à ces accidents déplorables.

Une première cause qui semble la plus évidente est la dose trop élevée. On meurt empoisonné parce que la dose de poison était trop forte! Cela paraît tout naturel. Relativement, néanmoins, il arrive souvent que ce n'est pas le cas pour les

médicaments patentés. Tel enfant pourra prendre une cuillerée à thé et plus de telle bouteille sans aucun effet, et qu'une moindre dose d'une autre bouteille jettera dans un sommeil profond. J'ai vu plusieurs enfants avaler une demi-bouteille ou une once sans peu d'effet, et néanmoins ils n'avaient pas acquis la tolérance médicamenteuse, c'était une dose prise accidentellement. La préparation est donc défectueuse, et cette deuxième cause est bien la première. Le dosage dans des préparations en grand n'est pas sans difficulté : il n'est pas de conséquence pour une préparation de fer, etc. ; pour une potion calmante, il doit être fait avec une rigueur des plus mathématique : il serait même peut-être plus prudent de s'abstenir de tout remède patenté qui contient un narcotique quelconque. Il n'agit bien qu'en autant que le narcotique existe, et pour quoi ne pas donner celui-ci à dose raisonnable, mais tangible, visible ? pourquoi le cacher ainsi ? Chaque mère n'a-t-elle pas le secret d'un véhicule délicieux qui vaut bien le sirop du laboratoire ? De cette manière, on donne la dose prescrite par le médecin, et les mères aveugles sont moins exposées au cruel martyre d'être elles-mêmes les meurtrières de leurs enfants.

Dans le cas qui fait le sujet de ces quelques remarques, le médecin demandé, convaincu qu'il avait affaire à un empoisonnement par l'opium, a employé, comme contre-poison les stimulants,—eau et brandy,—les contre-irritants sur l'épine dorsale ; la belladone a été oubliée, néanmoins l'antagonisme de ces deux médicaments dans plusieurs de leurs effets physiologiques a conduit le médecin à se servir de cette solanée dans une semblable circonstance, et ses propriétés antidotiques de l'empoisonnement par l'opium semblent être reconnues depuis longtemps.

Les amis ne devront pas trouver étrange que nous venions souvent à la charge au sujet des réformes ou du perfectionnement de la science, comme du bien-être de la médecine : celle-ci, comme toute noble ambition, comme Balzac à sa devise : " Être célèbre et être aimée." Or, cette double fin ne peut être acquise que par un travail réformateur partout où le besoin s'en fait sentir ; avec cela la devise deviendra un fait accompli ; car nous ne devons pas être condamnés, comme Moïse, à ne voir la terre promise que de loin.

Assemblée semi-annuelle du Bureau Provincial de Médecine.

L'assemblée semi annuelle du Bureau des gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec a eu lieu à Montréal, les 14 et 15 du mois de mai, dans les salles de l'Ecole Normale Jacques-Cartier.

Membres présents : Drs J. P. Rottot, Sewell, Marmette, Michaud, Mignault, Gilbert, Belleau, Perrault, David, Marsden, Larue, Lachapelle, Heward, St. Germain, Ives, Trudel, Scott, Dagenais, Prévost, Badeaux, Rivard, Paré, de St. George, Rousseau, Ross, Church, Gibson, Campbell, Ladouceur, Pâquet, Lafontaine, Laberge.

Le Dr E. Grandbois est élu gouverneur en remplacement du Dr Têtu, décédé.

Sur proposition du Dr Michaud, secondé par le Dr Marmette, le Bureau adopte une résolution de condoléance à l'occasion de la mort du Dr Têtu.

Les rapports des assesseurs pour les différentes universités sont lus et déposés sur la table par le secrétaire. Les assesseurs de l'Ecole de Médecine et Chirurgie de Montréal, Faculté de Victoria, Cobourg, ayant mentionné le fait que cette institution donnait son diplôme à des jeunes gens qui n'avaient pas fait leur quatre années d'études médicales, une discussion assez vive eut lieu à ce sujet. Finalement, tous les rapports des assesseurs furent adoptés.

Le comité des amendements à la loi de Médecine ayant fait son rapport, le Bureau discute longuement ce rapport et l'adopte avec quelques modifications. Le même comité auquel les noms des Drs Church et Trudel sont ajoutés, est chargé de voir à ce que les amendements proposés soient soumis à la prochaine session de l'assemblée législative de Québec.

Les Messieurs suivants, porteurs de diplômes de différentes universités, ont reçu la licence du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec :

Université Bishop : MM. D. Gaherty, G. O. Gernon, E. Co-meau, J. F. Jenkins, R. Leprohon, C. Marshall, G. G. Gale.

Université McGill : W. F. Scott, John Irwin, A. J. Henwood, Joseph E. Jackson, R. Spenser, M. Geymour, W. Sutherland—Imrie.

Université Victoria : F. X. R. Lafèche, A. A. Foucher, L. de Grandjé, Z. Auclair, J. N. Bergeron, J. N. Elie, R. B. Chagnon, A. Laurendeau, A. T. Côté, A. F. Fleury, R. St. Jacques, M. Guérin Lafontaine, S. Desjardins, O. Goyer, A. Lacerte,

A. Plante, L. J. E. Boucher, R. N. Forté, L. A. Massé, J. E. Aubin, Julien T. Lambert, S. Allain, J. A. Leblanc, J. L. Germain, J. A. Prevost, P. P. Renaud, A. de Grandpré, J. Firouard, Z. Laroche, M. J. E. Legris, E. Bellemare, A. A. Lefavre. M. E. Guertin, G. A. de Laval Tierney, J. C. S. Gauthier, M. E. de Laval Tierney.

MM. O. Rousseau et Rush Cleveland furent admis à la pratique de la médecine après avoir subi un brillant examen.

Sept sages-femmes reçurent aussi leur licence après avoir subi un examen satisfaisant.

Société Médicale.

Séance du 21 Mai 1879.

Présidence de E. P. Lachapelle, Ecr, M. D.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

M. le Dr A. T. Brosseau donne lecture d'un travail très-complet et très-élaboré sur la *non consolidation des fractures* considérée dans son anatomie pathologique, ses causes et son traitement.

M. le D. A. L. Smith ayant fait quelques remarques sur la question propose que des remerciements soient votés à M. le Dr Brosseau pour l'intéressante étude qu'il vient de communiquer à la Société. Adopté unanimement.

M. le Président constate avec regrets l'apathie d'un certain nombre de membres pour la Société Médicale, et le peu d'empressement qu'ils mettent à assister aux séances. Il propose que, pour plus d'uniformité et de régularité les séances se tiennent à jour et heure fixes, et que cette règle ne souffre d'exception sous aucun prétexte. Adopté.

M. le Dr Dagenais donne avis qu'à la prochaine séance il proposera M. le Dr R. Leprohon comme membre actif de la Société Médicale de Montréal.

Le Dr A. L. Smith donne aussi avis qu'à la prochaine séance, il demandera aux membres de la Société Médicale de vouloir bien lui communiquer les résultats de leur expérience en ce qui regarde l'opération de la Tracheotomie, le procédé opératoire qu'ils adoptent de préférence, et les cas où l'intervention chirurgicale leur a le mieux réussi.

M. le Dr C. M. Filiatrault s'étant engagé à faire les frais de la prochaine séance, il est résolu que cette lecture de M. le Dr Filiatrault y soit le premier ordre du jour.

Et la séance est levée.

H. C. DESROSIERS, M. D. L.

Secrétaire *pro tempore*.

NOUVELLES MÉDICALES.

Démission.—M. le Dr J. P. Rottot a donné sa démission comme professeur de Pathologie interne et comme membre de la corporation de l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal.

Rectification.—Notre excellent confrère de la *Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale*, de Paris, reproduit de l'*Union Médicale du Canada* une clinique de M. le Dr Brosseau sur le traitement et l'opération de la hernie inguinale étranglée, et l'attribue au *Canada Medical*; c'est évidemment un *lupus calami*, car il n'existe aucun journal portant ce titre.

Dispensaire.—Durant le mois de mai dernier, 2101 personnes ont reçu des soins au dispensaire de la Providence, par les différents médecins attachés à cet établissement. Les Révérendes Sœurs ont habilement rempli les prescriptions. 173 de ces patients ont requis des soins et à domicile.

Le Dr E. A. Pâquet en a fait le service.

Admission à l'étude de la médecine.—Les messieurs suivants ont été admis à l'étude de la médecine, après avoir passé un examen satisfaisant le 8 et le 9 courant :

R. Dawson, J. W. Cameron, Chs. Cameron, Jos. A. Hopkins, S. Dumont, H. A. Hutchins, John Gardner, G. W. Jolicœur, C. E. Allen, F. Devlin, C. S. Roy, E. V. Boulanger, G. E. Mathieu, E. Lessard, P. M. Mertin, H. Simard, A. Joyal, O. Martel, W. Prevost, N. Morency, A. de Blois.

 NAISSANCE.

A Nicolet le 9 mai dernier, la dame du Dr O. B. G. Desaulniers, une fille, qui n'a vécu qu'un jour.

 DÉCÈS.

Dame Marie Rose de Lima Proulx, épouse du Dr D. B. G. Desaulniers, est décédée à Nicolet le onze mai dernier, à l'âge de vingt neuf ans et trois mois,