

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

- Coloured pages / Pages de couleur
- Pages damaged / Pages endommagées
- Pages restored and/or laminated /
Pages restaurées et/ou pelliculées
- Pages discoloured, stained or foxed/
Pages décolorées, tachetées ou piquées
- Pages detached / Pages détachées
- Showthrough / Transparence
- Quality of print varies /
Qualité inégale de l'impression
- Includes supplementary materials /
Comprend du matériel supplémentaire

- Blank leaves added during restorations may
appear within the text. Whenever possible, these
have been omitted from scanning / Il se peut que
certaines pages blanches ajoutées lors d'une
restauration apparaissent dans le texte, mais,
lorsque cela était possible, ces pages n'ont pas
été numérisées.

L'ABEILLE MÉDICALE

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

THS. E. D'ODET D'ORSONNENS, M.D., *Rédacteur-en-chef.*

Vol. II.

FÉVRIER 1880.

No. 2.

CONSTITUTION MÉDICALE ACTUELLE.

La constitution médicale actuelle est aux maladies exanthématiques : Rougeole, scarlatine, variole, diphthérie, fièvre typhoïde ; voilà le bilan des affaires médicales. Il semblerait cependant que le caractère des maladies veut se modeler sur la nature de la température. Les affections ont présenté jusqu'ici un caractère de bénignité remarquable. Peu ou presque pas de prodromes. Dans la rougeole les symptômes catarrheux n'ont pas été sévères. Les suites ou complications de cette affection : pneumonie, diarrhée chronique etc., ont fait défaut. Dans la scarlatine l'angine ne s'est pas fait beaucoup sentir. Il ne s'est pas montré encore cet hiver de ces scarlatines sans éruptions : *scarlatina sine scarlatina* comme nous en avons eu plusieurs cas ces années dernières et dans lesquelles l'encéphale était violemment ébranlé. Pour ce qui regarde la diphthérie ou angine couenneuse les cas en sont assez rares. Il faut avouer cependant qu'un certain nombre de patients sont traités pour une affection qu'ils n'ont pas. Quelquefois le médecin s'en laisse imposer et traite une angine ulcéreuse pour une angine couenneuse, effrayant les parents et éloignant les amis. Quelques personnes se croient aussi volontiers affectées de diphthérie.

Nous avons vu tout dernièrement une patiente parcourir les offices de plusieurs médecins pour faire examiner sa gorge, et préférer l'opinion et le traitement du médecin qui prononça le cas : un cas de diphthérie.

La fièvre typhoïde a jusqu'ici revêtu la forme muqueuse avec un peu d'adynamie. Le gargouillement dans la fosse iliaque droite vis-à-vis l'iléum demeure toujours comme un des signes patognomoniques les plus importants de cette maladie. Aussi les glandes de Peyer se trouvent-elles en plus grand nombre dans cette portion de l'intestin grêle et s'engorgent quelquefois d'une manière très prononcée. Les glandes solitaires sont aussi très-nombreuses dans la dernière partie de l'iléum, on les a vues même tellement rapprochées qu'elles formaient une couche uniforme autour des deux pouces terminaux de la troisième partie du petit intestin. Dans ces cas l'agrégation était assez forte pour former pour ainsi dire une seule glande. Aussi échappent-elles rarement à l'irritation générale. On dirait franchement que l'inflammation de la fièvre typhoïde rassemble toutes ses forces et dresse ses batteries entières contre cette portion de l'intestin, contre ces glandes. C'est dans ces cas que nous voyons le travail d'ulcération pénétrer jusqu'au mésentère et perforer l'intestin, accident si fatal aux personnes affectées de fièvre typhoïde. (Dothiéntérie de Bretonneau).

Quant à la variole, cette maladie exerce toujours son empire sur la population de notre ville, mais il semblerait qu'on ne doit plus la mentionner d'une manière particulière, parce qu'à notre avis cette affection a définitivement établi son siège au milieu de la population, et est passée à l'état endémique comme la fièvre intermittente aux Etats-Unis. La variole décime continuellement le peuple, malgré les efforts dévoués et intéressés des vaccinateurs, comme la controverse des anti-vaccinateurs.

Dans cette polemique sur la vaccination et la revaccination, il était visible que les champions des deux camps n'avaient

pas pris des armes semblables. D'un côté, les champions en lice soutenaient leur cause, combattaient pour leur drapeau avec des arguments fondés sur la statistique, se servant toujours d'armes loyales; de l'autre côté, les adversaires au lieu de se servir des mêmes moyens répliquaient satiriquement sans déférence pour le caractère et la position des uns vis-à-vis des autres.

Malheureusement la cause en litige n'a pas été portée sur le terrain où aurait dû se vider le différend. Les journaux de médecine de même que les sociétés médicales ne manquent pas à Montréal et nous aurions pu avoir des discussions très intéressantes et qui auraient moins embrouillé les choses.

Admettant aujourd'hui les faits établis et faisant des efforts généreux de part et d'autre pour vivre dans la concorde (*concordia salus*), ne disputant à personne sa part des rayons du soleil, notre profession aurait tout à y gagner, si chacun voulait entrer sincèrement et sérieusement dans l'esprit de son rôle, attendant patiemment qu'il plaise aux événements et au temps, de faire la part de tout le monde.

Ovariectomies.

Les cas d'ovariectomie, dont nous avons fait mention dans notre numéro du mois de Novembre, et d'autres opérés depuis lors à l'Hôtel-Dieu, se sont terminés favorablement.

Mlle. Georgiana Caron, de Notre-Dame du Portage, qui était entrée à l'Hotel-Dieu le 30 Octobre dernier, a pu quitter l'hôpital le 2 Février, parfaitement rétablie, pour retourner dans sa famille. Chez cette malade, la nature de la tumeur, vu sa densité, était tout-à-fait différente des autres, ce qui rendait l'opération particulièrement hasardée, et le succès douteux.

Les autres cas ont eu des résultats également favorables.

Quatre autres malades se sont présentées depuis à l'Hotel-Dieu pour se mettre sous le traitement du chirurgien de l'hôpital, M. le Dr Hingston. Elles devront sous peu subir l'opération et nous en donnerons un rapport dans un numéro subséquent.

La Thermaline substituée à la Quinine dans les fièvres.

C'est sans doute un grand avantage et pour les médecins et pour les patients d'avoir maintenant dans la matière médicale, un remède très-efficace à substituer à la quinine dans les cas de fièvres paludéennes, surtout rémittentes et intermittentes.

J'ai dans ma pratique à plusieurs reprises employé la *Thermaline* à la place de la quinine et souvent j'ai trouvé ses résultats égaux et même supérieurs à ceux de ce dernier. Elle agit promptement et d'une manière durable.

Chez un jeune homme attaqué de fièvre intermittente-tierce où la quinine ne faisait aucun effet depuis quelque temps, j'eus recours à la thermaline, et de suite j'ai remarqué ses bons effets. J'ai continué son administration pendant une semaine, et depuis mon patient est en pleine santé. La *Thermaline* a encore cet avantage de ne causer aucun dérangement dans le système, tels que ceux occasionnés par la quinine : sentiments d'ivresse, tintements d'oreilles, endurcissement de l'ouïe, vertiges, prostration, etc., etc. Elle possède toutes les qualités médicinales de la quinine et aucun de ses effets injurieux.

Après en avoir éprouvé les bons résultats, j'engage donc mes confrères à en faire l'essai, persuadé qu'ils trouveront un double bénéfice, tant pour les qualités médicinales que pour le but économique.

M. J. E. LEGRIS, M. D. V.

Natick, R. I., U.-S.

NOTE EDIT.—La thermaline est une combinaison de tous les alcaloïdes du quinquina et des principes actifs de l'eucalypte.

On connaît les propriétés anti-périodiques du quinquina et de ses divers alcaloïdes. Découvert en 1640, ce médicament fut longtemps connu sous le nom d'écorce ou de poudre des Jésuites ; mais en 1746, La Condamine lui donna le nom de quinquina, du nom du comte de Chinchon, vice-roi du Pérou.

Nul n'ignore aussi les propriétés de l'eucalypte, arbre découvert par La Billardière, en 1792, sur la côte sud de la Tasmanie. Cet arbre paraît avoir une action spécifique contre la malaria.

C'est à l'union des principes actifs du quinquina et de l'eucalypte que l'on a donné le nom de thermaline, c'est-à-dire, substance qui a pour propriété de réduire la chaleur.

Les capsules de thermaline préparées par Dundas Dick et Cie., de New-York, représentent chacune un grain et demi de sulphate de quinine.

L'iodoforme à l'extérieur comme antipyrétique.

Le *British Medical Journal* rapporte qu'un médecin allemand applique le collodion iodoformé sur la poitrine d'un patient atteint de phthisie dans le but de calmer ses douleurs. Le lendemain, les douleurs étaient disparues, mais le médecin remarqua aussi que la température était baissée à $98^{\circ} 6$ (Fahr.) ; il attribue cet effet à l'application du collodion, car avant, la température s'élevait à 103° (Fahr.) Il fit de nouvelles applications, et il obtint les mêmes effets.

La force de la solution était de 33.3 par 100.]— *Pac. Med. & Surg. Journal.*

Des causes de l'Eclampsie.

PAR A. A. MEUNIER, M. D.

De toutes les maladies qui affectent la femme pendant l'état puerpéral, l'Eclampsie est peut-être celle qui demande le plus de sang froid et le plus de soin de la part du médecin accoucheur : aussi le vrai praticien doit dans un moment aussi critique user de tous les moyens que lui ont suggéré des études fortes et consciencieuses.

Cette terrible maladie était connue des anciens, puisque Hippocrate le père de la médecine, faisait dériver le mot Eclampsie d'un mot grec, qui veut dire éclat de lumière, la lueur des éclairs : il voulait par là désigner métaphoriquement l'exaltation des propriétés vitales qui a lieu à l'époque de la puberté. Les anciens s'en sont aussi servis pour désigner l'Epilepsie, celle surtout qui se guérit naturellement vers la puberté. Quelques auteurs modernes ont aussi appelé Eclampsie les convulsions épileptiformes qui se développent passagerement et par l'effet d'une cause appréciable chez quelques individus, et principalement celles qui attaquent les enfants pendant la dentition, et les femmes pendant la grossesse ou le travail de l'enfantement. Quant à nous, nous nous servons de la définition de M. Cazeaux que l'Eclampsie est "une affection puerpérale caractérisée par une série d'accès dans lesquels presque tous les muscles de la vie de relation, souvent aussi ceux de la vie organique, sont convulsivement contractés ; accès le plus ordinairement accompagnés ou suivis de l'abolition plus ou moins complète et plus ou moins prolongées des facultés sensorielles et intellectuelles."

Cette maladie peut se rencontrer pendant la grossesse, pendant le travail, et après la délivrance, et peut affecter tout le système en général, ou seulement une partie quelconque du corps ; ce qui a fait diviser les convulsions puerpérales en générales et partielles. De plus, d'après Churchill, elles peu-

veut revêtir la forme hystérique, épileptique et apoplectique. Ces convulsions sont assez rares pendant les six premiers mois de la grossesse. Elles sont fréquentes surtout pendant le travail, et se montrent un peu plus souvent après l'accouchement que pendant la grossesse : cependant l'époque à laquelle elles peuvent survenir après l'accouchement est très variable, et si le plus souvent l'Eclampsie se manifeste quelques heures, ou seulement quelques jours après la délivrance, il n'est pas sans exemple d'après Cazeaux de ne la voir apparaître que huit ou douze jours plus tard.

Il faut me pardonner cette légère digression, avant d'attaquer le sujet de cet article ; mais j'ai cru qu'il serait opportun de donner auparavant un exposé de ce que nous entendons par Eclampsie ou convulsions puerperales.

J'en viens maintenant aux causes.

Les causes qui peuvent produire ces convulsions sont très nombreuses et doivent être étudiées d'une manière toute particulière afin de nous aider et nous guider dans le choix des médicaments les plus propres au traitement de cette maladie.

Ces causes doivent être divisées en prédisposantes et déterminantes ou occasionnelles. Quant aux causes prédisposantes, elles sont si nombreuses et si variées que je crois pouvoir me dispenser de les énumérer en entier : ce sont par exemple : le manque de sommeil, les veillées trop prolongées, les fatigues musculaires excessives, l'habitation de lieux mal aérés et mal éclairés, une mauvaise nourriture, les personnes d'un tempérament nerveux ou lymphatique, d'une constitution pléthorique ; cependant on ne doit pas croire que l'Eclampsie n'attaque que les personnes qui sont douées d'une constitution forte et pléthorique ou nerveuse ; mais tout de même elle est plus fréquente chez les femmes d'un tempérament sanguin, dont la menstruation est abondante et d'une longue durée, chez celles dont le visage est fortement coloré, la tête grosse et le cou court. On l'observe aussi plus souvent chez les femmes enceintes de leur premier enfant, chez celles dont

L'utérus est fortement distendu, soit par la présence de plusieurs enfants, soit par une grande quantité de liquide amniotique.

Outre les différentes causes que je viens de citer, nous avons encore : les émotions morales telles que ; la peur, la crainte, la colère, la joie, la douleur, la jalousie ; et d'après une excellente dissertation de M. Baudelocque qui fut présentée en 1822 à la faculté de médecine de Paris, l'habitation des grandes villes, des vêtements trop étroits, une nourriture trop abondante et trop succulente, la constipation, la rétention des urines, l'abus des jouissances vénériennes, une trop grande surexcitation du système nerveux et vasculaire, un état particulier de l'air atmosphérique sont autant de causes qui prédisposent la femme aux convulsions puerpérales.

Si nous examinons maintenant avec beaucoup de soin les conditions individuelles dans lesquelles on voit le plus souvent apparaître l'Eclampsie, nous nous trouvons frappés d'un fait qui avait échappé à tous les anciens observateurs : c'est la présence presque toujours constante de l'albumine dans l'urine des femmes éclamptiques. Je dis presque constante, d'après M. Cazeaux ; car en dehors des 7 ou 8 cas cités par MM. Depaul et Mascarel, on n'a pu trouver d'exception. Cette coïncidence aussi curieuse que singulière, que plusieurs médecins très habiles ont constatée, et que le célèbre auteur que je viens de citer a invariablement retrouvée sur toutes les femmes qu'il a eu occasion d'observer depuis huit ans, domine très certainement toutes les causes des convulsions puerpérales.

Mais, comme nous le savons, l'albuminurie n'est pas strictement parlant, une maladie, elle n'est que le symptôme d'une affection générale de l'organisme. Cependant les maladies qui sont causes de la présence de l'albumine dans l'urine, peuvent aussi devenir causes de l'Eclampsie ; mais, le plus souvent elles ne déterminent qu'un dérangement de la sécrétion urinaire, sans causer aucun trouble du côté du système nerveux.

Cette dernière remarque est d'une grande vraisemblance, et c'est ce qui a forcé pour ainsi dire M. Blot de considérer ces deux états morbides, comme seulement concomitants, et de ne pas regarder l'un comme la conséquence de l'autre. Cependant au point de vue clinique, cette opinion de M. Blot n'a pas toute l'importance qu'il a voulu lui donner; car, en effet si nous attribuons la cause de l'Eclampsie aux lésions organiques dont l'albuminurie n'est qu'un des principaux symptômes, on a bien fait d'insister sur l'importance de l'albuminurie qui seule peut nous faire soupçonner l'état organique auquel l'Eclampsie paraît si intimement liée.

Puisque, comme je l'ai fait remarquer plus haut, tout en manifestant l'opinion de M. Cazeaux, l'albuminurie existe presque constamment chez l'immense majorité des femmes éclamptiques, on peut donc à bon droit la considérer, ou ce qui est encore mieux considérer l'affection dont elle est le symptôme caractéristique ou pathognomonique comme la seule cause prédisposante des convulsions puerpérales.

Cependant comme je l'ai déjà dit, si, chez toutes les femmes atteintes d'Eclampsie on a trouvé la présence de l'albumine dans les urines, hâtons nous d'ajouter que l'albuminurie n'est pas toujours une cause d'Eclampsie: car, comme l'ont souvent observé les praticiens les plus recommandables, entre autres MM. Devilliers Regnault et Cazeaux, il n'est pas rare de voir des femmes enceintes donner des urines très chargées d'albumine, et cependant n'offrir aucun signe de convulsion; et comme l'a observé M. Blot, sur 41 femmes dont l'urine était albumineuse, 7 seulement eurent des attaques d'Eclampsie; aussi, MM. Devilliers et Regnault ne constatèrent que 11 cas d'éclampsie sur 20 femmes albuminuriques. Ainsi d'après M. Cazeaux si nous prenons la moyenne des cas ci-dessus mentionnés, nous n'aurons qu'un cas d'éclampsie sur 4 ou 5 femmes affectées d'albuminurie.

On a aussi observé que la quantité d'albumine dans les urines augmente de beaucoup pendant les attaques convulsives, et diminue sensiblement après qu'elles ont cessé;

c'est ce qui a porté un grand nombre de praticiens à se demander si l'éclampsie au lieu d'être due à l'altération de l'urine, n'en était pas plutôt la cause. A ceci je répondrai avec M. Cazeaux que l'hésitation pourrait être certainement fondée, si l'on pouvait citer un seul cas dans lequel on eut pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois avant le début des convulsions puerpérales, constaté l'absence complète de l'albumine dans l'urine; mais ceci n'a pas été fait, et l'on a souvent trouvé avant les attaques convulsives l'urine des femmes qui en étaient affectées, chargée d'une assez grande quantité d'albumine. D'ailleurs si nous réfléchissons à la gêne que l'éclampsie produit dans la circulation veineuse, on s'explique facilement la congestion très-active dans les organes intérieurs, et les reins en particulier seront le siège pendant l'accès; alors comme on le sait, si les reins sont congestionnés, nécessairement la sécrétion albumineuse sera de beaucoup augmentée.

Les diverses affections organiques qui produisent l'albumine sont certainement les plus favorables, et même l'on pourrait dire avec les praticiens les plus éclairés, entre autres MM. Churchill et Ramsbotham qu'elles sont les seules favorables à la production de l'éclampsie. Ce fait que l'on regarde aujourd'hui comme incontestable, explique l'influence de certaines circonstances que la plupart des auteurs ont admises comme causes prédisposantes.

Je crois qu'il serait très opportun de citer ici l'opinion de M. Rayer sur la cause de l'*hyperémie rénale*, qui est comme nous l'avons déjà dit, la cause de la sécrétion de l'albumine. Voici comment il s'exprime: "Je pense, dit le savant praticien, que la compression que la tumeur utérine exerce sur la veine rénale peut produire à la longue une hyperémie, puis une inflammation du rein, ce qui plus tard sera cause de l'augmentation de l'albumine dans l'urine." S'il en est ainsi on comprend facilement le mode d'action de toutes les circonstances qui peuvent rendre cette compression plus intense; ainsi on s'expliquera l'influence que peuvent avoir: 1^o la

distension excessive de l'utérus, qu'elle tienne à une hydro-
pisie de l'amnios ou à la présence de plusieurs enfants ; 2o l'état de primarité dans lequel les parois abdominales très-restreintes maintiennent la matrice fortement appliquée contre les parois postérieures du ventre ; 3o comment suivant les observations de M. Paul Dubois, le rachitisme est souvent lié à la production de l'éclampsie, puisque chez la femme affectée de cette maladie, la petitesse de la taille, le peu d'étendue de l'enceinte abdominale gênent le développement de l'utérus, et que celui-ci réagissant à son tour sur les parties qui l'entourent, constituent un obstacle mécanique plus grand à l'accomplissement régulier de toutes les fonctions, et de la circulation veineuse en particulier.

Ainsi quelle que soit la cause de l'albuminurie, si elle est trop longtemps prolongée, elle produira nécessairement une diminution dans la quantité d'albumine qui entre dans la composition normale du sang. De là il s'en suit que ce liquide ainsi altéré détermine dans le centre cérébro-spinal une excitation particulière qui devient elle-même cause directe des convulsions, ou du moins ce qui arrive le plus souvent, le rend plus impressionnable aux excitations qui lui arrivent soit de l'extérieur, soit des organes intérieurs probablement irrités.

Maintenant, si l'albuminurie puerpérale a sa cause principale dans une altération du sang, et que cette altération consiste dans une diminution de ses éléments solides ; nous devons aussi affirmer que les urines albumineuses contiennent peu d'urée, et que cette substance n'étant plus éliminée par les reins, elle doit s'accumuler dans le sang ; c'est dans ce fait qu'on a cru trouver la cause des troubles nerveux dont il s'agit. La présence de l'urée dans le sang produirait un empoisonnement particulier auquel on a donné le nom d'urémie, et qui, réagissant sur le centre cérébro-spinal déterminerait les convulsions puerpérales.

Cependant un fait sur lequel nous devons attirer notre attention, et qui rencontre les enseignements du savant pro-

fesseur d'accouchement M. le Dr Trudel, c'est que l'albuminurie n'est pas la cause de l'urémie, mais la compression qu'exerce la tumeur utérine sur les veines rénales pendant la grossesse.—*A continuer.*

De la rachialgie et de l'irritation spinale.

PAR M. POTAIN.

(Suite.)

J'arrive maintenant au point peut-être le plus controversé de toute l'histoire de l'irritation spinale, je veux parler de la *nature de la maladie*; et, tout d'abord, l'irritation spinale est-elle une maladie distincte et mérite-t-elle une place dans le cadre nosologique? Telle est la première question à laquelle nous devons répondre; nous rechercherons ensuite quels sont les rapports, les points de ressemblance de cette maladie avec les affections voisines ou presque similaires, quel est son siège anatomique probable, comment enfin la physiologie pathologique donne la clé de ses principaux symptômes.

L'irritation spinale doit-elle être considérée comme une maladie et peut-elle constituer une espèce morbide distincte? Les avis à cet égard ont singulièrement varié, ainsi que vous allez voir. Au siècle dernier, *Pierre Frank*, qui le premier agita cette question (1779-1819), faisait ressortir déjà toute l'importance des affections myéliques et leur association fréquente à d'autres maladies; plus tard, *Stiebel* (1824), insistait sur la sensibilité que présente la colonne vertébrale dans le cours d'un grand nombre d'affections. Mais c'est *Brown* qui étudiant dans un traité spécial (*on irritation of spinal nerves; Glasgow; 1828*) ces phénomènes douloureux de l'axe rachidien emploie le premier l'expression d'*irritation spinale*. C'est lui, par conséquent, qui créa l'espèce morbide, la dégageant de

tout l'ensemble des phénomènes pathologiques plus ou moins justement attribués aux souffrances de la moelle épinière, tellement que Burns consacrait dans son traité d'accouchement un article entier à l'irritation spinale, tandis que Griffin (London, 1834), en montrait les rapports étroits avec la plupart des affections dites nerveuses et irritatives; mais l'importance et le rôle de l'irritation rachidienne ne tardèrent pas à être singulièrement exagérés; Abercrombie avait noté que l'ensemble des symptômes observés dans les affections de la moelle réunit les signes d'un grand nombre de maladies, Emz (1834) va plus loin et considère la plupart des états morbides comme des irritations spinales larvées, bien plus, John Marshall (*Practical obs. on disease of the heart occasioned by spinal irritation* (London, 1835), la regarde comme la source de la plupart des affections organiques du cœur, des poumons du foie et de l'estomac; Kremers, enfin, fait résider dans la moelle le siège principal et le lieu d'origine des troubles morbides, qui constituent la fièvre palustre, opinion partagée d'ailleurs par Maillot, puisque ce dernier auteur emploie le terme d'irritation spinale comme sous-titre de son *Traité des fièvres* (1836).

Cette nouvelle façon d'envisager la maladie était trop compréhensive pour se faire accepter sans contestation; aussi ne manqua-t-elle point de provoquer en sens inverse une réaction des plus vives. C'est ainsi que Valleix, reprenant l'hypothèse déjà soutenue par Nicod (*Journ. de Méd.* 1818), voulut confondre l'irritation spinale avec la névralgie thoracique, et que M. Jaccoud engloba dans la même description la névropathie cérébro-cardiaque de Krishaber, le nervosisme de Bouchut et l'irritation spinale de Brown. Bien plus, l'existence même de la maladie s'est trouvée mise en doute; ainsi, Axenfeld ne l'admet qu'avec les plus grandes réserves, Niemeyer ne lui assigne aucune place dans le cadre nosologique et Romberg, plus précis dans son opposition, la traite de fantôme!

Vous le voyez, messieurs, l'accord est loin de s'être établi

sur ce sujet, il y a place pour plus d'une opinion entre celle de Marshall, qui voit la maladie partout, et celle de Romberg qui lui refuse même l'existence. Pour moi je pense que l'irritation spinale peut revendiquer sa place dans le cadre nosologique ; son étiologie complexe, la multiplicité, la marche et surtout la mobilité extrême de ses symptômes, suffisent, je pense, à la distinguer des *maladies inflammatoires* ou des *dégénérescences de la moelle épinière*; l'absence d'attaques caractéristiques, l'existence toute transitoire de ses manifestations sa fréquence relative chez l'homme, la séparent de l'*hystérie*. Son siège si variable, l'influence de la pression sur l'explosion des phénomènes douloureux, les irradiations de la douleur non-seulement sur le trajet des nerfs, mais jusque vers les organes splanchniques où elles provoquent de véritables viscéralgies, les palpitations, les troubles parétiques, etc., permettent de l'écarter du groupe des *névralgies* où Valleix tendait à l'introduire.

Le groupe pathologique désigné par Krishaber sous le nom de *névropathie cérébro-cardiaque*, se distingue plus difficilement de l'irritation spinale puisqu'il comprend un bon nombre d'accidents qu'on retrouve dans cette dernière affection. Mais on ne saurait les confondre et les identifier, et celle-ci ne saurait être considérée tout au plus que comme un cas très particulier de la première, puisque la douleur rachidienne qui la caractérise manque très-souvent dans l'autre ; c'est ce que pense Armaingaud qui a étudié comparativement les deux maladies(1). Il ne nie pas leur extrême ressemblance, mais il constate que la rachialgie peut manquer dans la première, et que l'irritation spinale ne s'accompagne pas toujours d'accidents cérébraux.

L'irritation spinale, dont les rapports avec les névralgies, le nervosisme, la névrose cérébro-cardiaque sont si étroits, qu'on a pu la confondre avec ces affections, paraît aussi con-

(1) Quelques mots sur la névropathie cérébro-cardiaque et l'irritation spinale.—*Bordeaux Médical*, 1874.

finer parfois de très-près au *rhumatisme* : Hutchinson rapporte un fait des plus intéressants à cet égard (*Spinal irritation*.—*New-York Med. Report*, 1871). *Canstatt II.* 1871-25.

Une jeune fille de 16 ans, en convalescence de pneumonie, ayant été mouillée par la pluie dans son lit même, fut bientôt prise d'un rhumatisme portant sur les gaines tendineuses et les masses musculaires. Le traitement mis en œuvre n'amena d'abord aucun résultat, et la maladie, au bout de quinze jours, en était encore au même point, lorsqu'on découvrit une douleur rachidienne extrêmement vive qui, siégeant au niveau de la région sacrée, s'irradiait en ceinture tout autour du bassin. Des ventouses et un vésicatoire, appliqués sur le point spinal, firent très-rapidement cesser, non-seulement la douleur locale, mais en même temps toutes les autres qui avaient persisté jusque là, paraissant, au dire de l'auteur, préciser ainsi le siège et la nature véritables de la maladie.

II. Maintenant, messieurs, les faits que je viens de vous exposer méritent-ils vraiment de prendre, sous le nom d'irritation spinale, une place à part dans le cadre nosologique ? et s'il en est ainsi quelle place leur faut-il assigner ? Vous savez qu'en dehors des maladies spécifiques et des intoxications pour les déterminations desquelles les conditions étiologiques sont nécessairement prédominantes, la nosologie emploie, pour assembler les faits morbides et en constituer des espèces, trois méthodes différentes qui reposent sur des considérations d'anatomie pathologique, de pathogénie, ou de groupement symptomatique habituel. Si la première qui ne tient compte que des lésions anatomiques appréciables et de leur localisation, est assurément la plus simple, par contre beaucoup de faits lui échappent ; tous ceux, par exemple, qui n'entraînent point la mort ou qui, caractérisés par des désordres dont la mort fait disparaître absolument les traces ne laissent constater à l'anatomiste que des altérations secondaires et sans valeur précise. La seconde semblerait devoir suffire à tout le reste puisqu'elle cherche la caractéristique des maladies dans les troubles fonctionnels observés et leur

subordination mutuelle, tenant d'ailleurs que l'organe particulièrement malade est celui dont les fonctions sont plus spécialement troublées ou l'ont été les premières ; les progrès constants de la physiologie permettant de localiser de mieux en mieux chacune des fonctions jusque dans les moindres détails, cette méthode gagne nécessairement chaque jour en précision. Mais, au milieu du consensus étroit qui relie toute ces fonctions entre elles, la prétention d'établir toujours l'ordre dans lequel leurs perturbations se produisent et de remonter sûrement au *primum movens* a été trop souvent déçue pour qu'on ne renonce point à la faire valoir en toute circonstance. Les pathologistes ont appris à leurs dépens à se défier d'une physiologie qui, se croyant trop tôt parfaite, a la prétention de dicter toutes les lois et d'usurper entièrement la place qui revient à l'observation. Ils se souviennent que les médecines dites physiologiques sont celles précisément qui ont enfanté les plus colossales erreurs, et pas un observateur même des moins instruits, ne tiendra plus un malade pour atteint d'une affection de l'estomac, par ce fait seul que le phénomène vomissement est chez lui prédominant, sachant bien que dans l'immense majorité des cas c'est là un phénomène sympathique, et secondaire capable d'être engendré par des maladies autres que celles du tube digestif (affections cérébrales, maladies du péritoine, de l'intestin, de l'utérus, etc.). La nosologie est donc souvent obligée de recourir à une classification purement symptomatique, groupant ensemble les faits dans lesquels un certain nombre d'accidents s'associent dans un ordre plus ou moins constant et régulier, attendant pour mieux faire, que la physiologie pathologique soit devenue capable de préciser les causes de cette association habituelle.

C'est d'après ce dernier mode de classification qu'a été créé le groupe de faits compris sous la désignation d'*irritation spinale*. Il mérite de conserver une existence distincte puisqu'on trouve dans les faits qui le composent une série de caractères constants : d'une part une douleur rachidienne

ayant un siège spécial et une forme particulière ; d'autre part, des perturbations fonctionnelles, névralgiques, spasmodiques ou vasomotrices qui se rattachent à cette douleur, non-seulement par leur coïncidence, mais aussi et bien mieux encore par cette circonstance remarquable qu'on peut les réveiller souvent en excitant le point spinal, et que, d'autre part, les médications appliquées sur ce point sont celles qui les dissipent le plus sûrement.—*Gazette Médicale.*

(A continuer.)

Pathologie de la phthisie pulmonaire.

(Suite et fin.)

FORMES DE LA MALADIE, — AIGUE ET CHRONIQUE.

Mentionnons d'abord la *tuberculose miliaire aigue* que l'on regarde très à tort, suivant nous, comme une variété de la phthisie, nous la décrivons plutôt pour compléter le cadre pathologique que comme une maladie propre au poumon.

La *tuberculose aigue* est donc une maladie infectieuse ordinairement fatale au malade dès les premières semaines, la mort est d'autant plus prompte que les méninges sont affectées ; il arrive souvent alors que l'on se méprenne et que l'on diagnostique une fièvre typhoïde.

L'autopsie révèle alors infailliblement l'infection caséuse.

Chez une victime de la tuberculose aigue, le sang est noir et liquide, les muscles sont rouges, la rate est ordinairement ramollie.

Les poumons sont piquetés de granules miliaires gris-transparents, le péritoine, la rate, le foie, les reins sont remplis de néoplasmes. Chez le jeune sujet nous rencontrons souvent la *pie-mère*, le *pont de Varole* et les alentours du *chiasma optique* infestés de ces néoplasmes. Souvent aussi il y a complication d'hydrocéphale aigue des ventricules.

L'histologie du granule miliaire est la même partout. Nous avons comme fondation, une espèce de canevas (tissu adénoïde, reticulum) renfermant une ou plusieurs cellules géantes (myéloplaxes) chacune d'elles contient 20 à 30 noyaux de même qu'un certain nombre de grosses cellules plates (épithéloïdes) ressemblant à l'épithélium, le tout entouré de petites masses rondes (corpuscules de lymphe, émigrés, leucocytes.)

PHTHISIE CATARRHALE AIGUE, COMMUNÉMENT APPELÉE, CONSOMPTION GALOPANTE.

On peut la définir une *pneumonie catarrhale*, très rapidement fatale dans laquelle de larges portions du poumon deviennent rapidement caséeuses, s'effondrent et laissent des cavernes d'une étendue surprenante.

On ne rencontre jamais dans la *phthisie aigue* ce que l'on rencontre dans la chronique, c'est-à-dire des espèces de haltes de l'élément destructeur pour des mois et même des années. La *phthisie galopante* tue, dit-on, en trente jours, il n'y a pas de doute qu'en moyenne ce chiffre est trop faible, mais la maladie est d'ordinaire si fatalement rapide qu'elle ne permet pas la croissance du tubercule.

L'appareil fébrile est toujours intense et le marasme survient très-rapidement.

PHTHISIE CHRONIQUE TUBERCULEUSE.

L'on peut dire que la tuberculose est une maladie inflammatoire due aux scrofules, elle arrive chez l'homme par infection propre causée par les produits de l'inflammation scrofuleuse. L'on trouve par conséquent des lésions diverses, les unes dues à l'inflammation scrofuleuse seulement, les autres aux néoplasmes tuberculeux; mais la ligne de démarcation n'est pas toujours très-clairement marquée.

PREMIERES PERIODES.

Un patient a souffert d'un catarrhe bronchique, il jouit d'un mieux apparent, mais la toux après l'avoir ennuyé

pendant quelque temps finit par l'alarmer. L'auscultation laisse découvrir un simple catarrhe au sommet du poumon. Si nous pouvions examiner le poumon, nous trouverions un catarrhe circonscrit des petites bronches avec une éruption tuberculeuse des acini de ces petites bronches, ce sont des nodules fermes, secs et blancs à trois lobes ou plus, ayant de 1.5 m m. tout au plus de volume; ils sont attachés à la petite bronche comme une baie à sa tige.

L'on connaît généralement assez bien les lobes et lobules du poumon, mais récapitulons.

Un lobule est une masse pyramidale dont le sommet est attaché à une petite bronche, et dont la base se dirige vers la périphérie du poumon. Chaque lobule compte de 2 à 20 *acini*.

Chaque acinus est un corps conique dont la longueur et la largeur est de 3 m m.; il est situé à la pointe d'une *ramification bronchique* qui n'a pas plus de 0.3 m m. de largeur à son entrée dans son acinus. Imaginons pour un instant que nous entrons dans un acinus par la bronche, un premier coup d'œil laisse apercevoir des bords aigus concaves qui ne sont autres choses que des rudiments de cloisons qui divisent l'acinus en compartiments, et ceux-ci en alvéoles.

Ces bords aigus sont d'un grand intérêt, comme elles sont le premier siège infecté par le mucus scrofuleux de la bronche et où se développent les nodules blancs appelés *tubercules miliaires pulmonaires*.

Cette croissance tuberculeuse a été méprise pour une double épithéliale de l'acinus, c'est cette erreur qui a conduit à décrire ces cas comme des cas de "*pneumonie catarrhale*."

Le catarrhe est regardé comme primaire, c'est lui qui transporte l'infection par le mucus dans tous les angles et projections de l'étroit *acinus*, de même qu'aux parties les plus rétrécies du larynx, où nous savons en effet que les cordes vocales sont le siège de prédilection de l'éruption tuberculeuse. Si l'on demande pourquoi les sommets du poumon sont le siège habituel des tubercules, nous suivrons le même raisonnement, car le sommet du poumon est bien la partie la

moins mobile. De là, moindre facilité pour l'expectoration de se faire, et obligation forcée de rester dans ces points retrécis du canal où elle infecte le système. (Ziemssen Cyclop. vol. V). L'*Hémoptysie* est un symptôme fréquent de la première période, on se l'expliquera aisément quand l'on se rappellera que l'inflammation du tissu vasculaire est une forme très-commune de la lésion, et Rokitansky a démontré qu'elle amenait la dégénérescence de la tunique moyenne et interne des artérioles pulmonaires, ce qui l'affaiblit beaucoup, comme l'*athérome*; une pression sanguine quoique très légèrement augmentée par la toux, produit aisément la rupture des parois ramollies.

A mesure que la maladie marche, les granules se multiplient et forment des masses de 6 à 10 m m. de diamètre qui entourent généralement la bronche et qui deviennent bientôt caséuses.

Si nous fendons une bronche avec des ciseaux quand nous rejoignons une des ramifications ayant 3 à 4 m m. de calibre nous commençons à apercevoir de petites taches sur la muqueuse, elles sont aperçues sur un fond rouge. À mesure que nous passons de ramification en ramification plus petite les taches se multiplient jusqu'à ce que nous en trouvions la muqueuse entièrement couverte et transformée en couche nodulaire jaune et épaisse cachant complètement le tubercule.

Cette apparence est due à une infiltration diffuse de leucocytes autour des masses de tubercules miliaires et sous-miliaires, présentant les éléments histologiques particuliers à cette lésion. Après quelque temps la masse se rompt et forme un ulcère non suppurant et tendant à s'agrandir dans toutes les directions et infectant son voisinage.

Les *lymphatiques peri-bronchiques* deviennent bientôt intéressées, et nous trouvons le tissu peri-bronchique rempli de leucocytes et de tissu adénoïde, la bronche est convertie en une corde dure par une nouvelle croissance externe qui est très dense, en partie miliaire et en partie diffuse.

Les alvéoles prennent aussi part à la désorganisation, ils sont remplis de l'épithélium qui s'est détaché de leurs parois.

L'épithélium du poumon origine dans la "*couche glandulaire intestinale*" chez l'embryon, il est semblable alors à d'autre épithélium glandulaire, mais chez l'adulte, les cellules s'aplatissent et deviennent plutôt la variété *squameuse*.

Buhl nous dit que ces cellules ressemblent beaucoup plus à l'*endothélium* sur les surfaces séreuses, surtout à celui de l'ouverture et au perithélium des vaisseaux cérébraux.

Dans ce procédé de desquamation les cellules se ramollissent tombent de la paroi alvéolaire, augmentent leurs noyaux et enfin distendent les vésicules. — Friedlaender nous a démontré que la pneumonie squameuse est capable de se montrer dans tous les états inflammatoires du poumon:

Les *septums interalvéolaires* sont en même temps épaissis par une infiltration cellulaire si considérable que les vaisseaux et les fibres élastiques sont hors de vue. La multitude des cellules éloigne le sang nutritif des artérioles, alors le rétrécissement et les changements caséux arrivent rapidement c'est la *phthisie fibreuse* qui en résulte.

Dans les cas très-chroniques, la pneumonie interstitielle comme on l'appelle tend à envahir les lobules sains jusque alors. La péribronchite toutefois tend à envahir d'abord son propre lobule, mais le procédé de desquamation attaquera les bronches d'un lobule encore sain.

Dans les cas les plus aigus les nodules de la muqueuse croissant avec rapidité bouchent la bronche, donnant lieu à l'atélectasie acquise. La même chose arrive chez le lapin quand la mort suit la section des deux nerfs pneumogastriques au cou. Dans ces circonstances, la glotte est paralysée, la nourriture passe dans la trachée et bouche quelques petites bronches. Nous trouvons des masses angulaires du poumon, rouges, dépourvues d'air, habituellement à la marge des lobes inférieurs. Ce sont les lobules appartenant aux bronches oblitérées.

Quand l'air rentrant est arrêté, le poumon se contracte par sa propre élasticité, l'air contenu disparaît, et les vésicules se remplissent de sérum. C'est l'hypéremie passive que nous avons, la nutrition fait défaut et l'épithélium du poumon devient gras. L'œdème disparaît à la fin et les alvéoles s'affaissent et de tout cela résulte une masse pigmentée sèche noire, appelée *l'induration ardoisée ou caséiforme du poumon*.

La pneumonie squameuse peut envahir un seul lobule ou un lobe entier du poumon, de là *pneumonie lobaire caséuse* ou *lobulaire* des auteurs. La forme lobulaire arrive généralement au sommet d'un poumon qui a déjà passé les premières périodes de la maladie et où peut être des cavités se sont formées. Soudain une exacerbation aiguë des symptômes se manifeste, et dans quelques jours tout le lobe supérieur se trouve hépatisé. Une telle attaque est souvent prise à tort pour une *pneumonie croupale intercurrente*, et malheureusement les autopsies sont assez fréquentes pour nous faciliter l'étude anatomique de cette lésion, alors nous trouvons le poumon, gris rougeâtre, de consistance charnue, et si nous faisons une incision un fluide abondant, albumineux et collant s'écoule.

Souvent les *cavités* sont dues à la dilatation par l'acte respiratoire des parois enflées et ramollies des bronches, et ceci surtout dans la période aiguë ; mais le plus souvent elles sont produites par l'effrondement des masses ramollies caséuses du poumon.

On reconnaîtra l'âge d'une cavité par l'examen de sa forme une caverne récente sera plus irrégulière et dentelée, une ancienne sera souvent lisse à l'intérieur, d'où suintera un fluide purulent souvent infecté. Souvent il nous arrive de trouver de fines branches des vaisseaux artériels traversant ces cavités comme des filaments, ceci est dû à ce que le tissu qui les entourait s'est putréfié faute de vitalité. Mais une hémorragie fatale peut arriver à chaque instant par la rupture de ces vaisseaux.

Si une de ces cavités s'ouvre dans la plèvre, nous avons une *plurésie suppurante* rapide, et le *pneumo hydrothorax*.

Une question intéressante se présente. c'est de savoir si ces cavités se cicatrisent. Nous n'avons aucun doute que cela peut arriver pour les *petites*, nous en avons eu des preuves dans plusieurs autopsies; mais il est très douteux que les grandes se cicatrisent, quoique souvent l'arrêt de la maladie prolonge la vie pendant longtemps.—(*The Proceedings*).

Perte du Sens d'Identité personnelle.

(*Suite et fin.*)

Le Dr. Granville croit que trois conditions différentes peuvent exister dans les maladies du cerveau qui ont pour conséquences "la perte de la mémoire."

"1^o La complète destruction des cellules cérébrales; 2^o le ramollissement et le dépérissement des cellules qui amènent leur oblitération sans qu'il y ait destruction de leurs nucléus (supposant que le nucléus serait le siège de la vie dans la cellule); 3^o une suspension de fonction, sans arrêt de nutrition, comme si une couche du tissu cérébral demeurait sans énergie."

Dans le cas où les cellules cérébrales commises à la mémoire des idées seraient complètement détruites, il croit que leurs fonctions peuvent être rétablies par quelque autre partie du cerveau qui prendrait provisoirement la place de ces cellules détruites. Dans ce cas il semblerait impossible que toutes les fonctions abolies pussent être restaurées dans une période comparativement courte.

Les cas ordinaires d'aphasie démontrent qu'un nombre très-limité de cellules cérébrales, ayant une fonction toute spéciale à remplir, sont remplacées provisoirement par d'autres cellules, mais à un degré très limité et quelquefois ne le sont pas du tout, quand les premières cellules ont été détruites. Nous pouvons donc rejeter la première hypothèse du Dr.

Granville comme un des modes possible de perdre la mémoire avec la possibilité de la recouvrer. C'est probablement le cas dans la perte définitive de cette faculté.

“Le ramollissement ou le dépérissement” des cellules sans la destruction de leurs nucléus peut très bien avoir lieu dans la convalescence de plusieurs maladies aiguës où une haute température longtemps continuée avait eu un caractère menaçant. Nous pouvons concevoir comment le protoplasme des cellules ou des corps ganglionnaires a dû être altéré pour devenir inutile et nécessiter un complet renouvellement avant que les fonctions soient normalement reprises. Tant que le nucléus des cellules existe nous devrions remarquer une dépression plus ou moins grandes des fonctions, mais non la disparition totale et absolue de leurs propriétés caractéristiques. Dans ce cas il est difficile d'admettre que toutes les fonctions, exceptés une, reprennent leur vigueur première. Sans doute, lorsque la cellule est complètement régénérée, nous devons nous attendre au retour de son ancienne activité.

Il y a quelque chose d'admirable dans la seconde théorie, mais nous doutons fort qu'elle s'adapte parfaitement au fait qui nous occupe présentement.

La troisième théorie du Dr. Granville suppose que la nutrition des cellules peut se faire sans interruption tandis que les fonctions d'une portion superficielle ou profonde des cellules cérébrales, sont suspendues. Bien que ceci soit quelque peu vague, nous croyons cependant trouver là une explication très-approximative de ce qui arrive dans les cas précités. Les effets du traitement médical semblent indiquer qu'il y a plutôt un arrêt de fonction qu'une destruction (partielle ou complète) des tissus organiques.

L'arrêt de fonctions peut survenir de plusieurs manières distinctes: par prohibition, lorsque l'activité d'une portion du cerveau neutralise l'activité d'une autre portion qui est en connexion médiate ou immédiate avec elle; par l'affaissement ou la compression des éléments nerveux par les produits

morbides, leur activité étant ainsi diminuée ou rendue nulle pour un temps plus ou moins long, ou enfin par la pression exercée par les produits morbides sur les fibres connectrices qui servent à mettre en harmonie toutes les parties du cerveau. Nous ne sommes pas complètement satisfaits d'aucune des explications données bien que nous reconnaissons que chacune d'elles renferme un élément de vérité.

Un fait semble être parfaitement établi par les cas ci-dessus mentionnés : c'est que le sentiment de l'identité personnelle, comme toutes les formes d'activité mentale, dépend de l'activité physiologique des cellules cérébrales.

Il peut se faire que la mémoire devienne complètement nulle, et alors elle reprend ses pouvoirs si la structure nerveuse revient à son état normal, la mémoire peut aussi n'être recouvrée que partiellement, tandis que les autres facultés reviennent à leur état normal.

Nous sommes prêts à admettre avec le Dr. Granville que, sans indication spéciale, ce qui semble être la démence, est réellement ce qu'elle paraît être, c'est à-dire, la destruction physique des cellules cérébrales ; il est toujours possible que le patient guérisse, et, par conséquent, on ne serait jamais justifiable de déclarer un tel cas incurable et de le laisser sans secours, sans traitement.

Les indications thérapeutiques dépendent donc et de la cause si on peut la découvrir, et des symptômes, bien que leur étiologie soit inconnue.—*St. Louis Clin. Rec.*

Réaction du lait.

Un journal allemand donne un réactif pour le lait frelaté, qui est la simplicité même. On plonge une broche à tricôt bien polie dans un vaisseau de lait, d'où on l'extrait verticalement. Si l'échantillon est pur, un peu de lait adhérera à la broche ; mais si on y a ajouté de l'eau, même en petite quantité, le liquide n'adhérera pas à l'aiguille.—*Cin. Med. Ns.*

Observation d'une forme spéciale d'amnésie.

PAR H. DELACROIX.

L'histoire des amnésies est encore loin d'être complète, et il ne saurait être inutile d'ajouter aux cas déjà signalés des faits bien observés et pouvant servir à l'étude des localisations fonctionnelles, dans la physiologie de l'encéphale. Voici un exemple de troubles bien rares et qui, s'il se rattache à certaines séries de faits déjà connus, n'en reste pas moins distinct par quelques particularités qui lui sont propres.

Un ouvrier du chemin de fer, L^{***}, de Mohon, (Ardennes) âgé de 46 ans, d'une vigueur moyenne et jusqu'alors d'une santé irréprochable, éprouve, en plein travail, la sensation d'un coup de marteau un peu au dessus et en arrière du pavillon de l'oreille gauche. Le point précis qu'il indique comme siège de cette sensation correspond à la suture temporo-occipitale et se trouve au sommet d'un triangle isocèle, un peu oblique en arrière, dont la base passerait par l'orifice externe du conduit auditif et le point culminant de l'apophyse mastoïde, et dont la hauteur dépasserait de 2 centimètres l'insertion supérieure du pavillon à la peau de la tempe.

Au même moment, il se produit du vertige ; un peu de titubation ; un certain trouble de la vue et le malade rentre chez lui, sans le secours de personne. Les jours suivants le malade n'éprouve rien de particulier, sauf, pendant environ une semaine, un peu d'affaiblissement des jambes et une légère diminution de la mémoire. Sa parole n'est pas embarrassée, en ce sens qu'il a tous les mots sans les chercher ; mais la prononciation en est, parfois quelque peu défectueuse.

Ce qu'il nous apprend de plus caractéristique, relativement à cette période de début, c'est que sollicité par le payeur de la Compagnie de donner sa signature, il ne se rappelle pas les lettres de son nom. Trois ou quatre semaines s'écoulent

La santé est bonne : les forces sont revenues. Une légère douleur céphalique se fait sentir avec persistance à droite, en un point symétrique du point signalé du côté gauche. La parole est entièrement libre et L*** n'est plus préoccupé que d'une chose : la difficulté qu'il éprouve à lire et à écrire. Persuadé qu'il s'agit là d'un trouble de la fonction visuelle, il pense devoir s'adresser à un spécialiste et vient nous consulter. Après un interrogatoire qui ne nous apprend rien que les faits ci-dessus, et ne nous révèle rien qui mérite une mention dans ses antécédents et ceux de sa famille (pas de syphilis héréditaire ou acquise, — pas de névroses ou d'affections cérébro-spinales chez les antécédents) nous procédons à l'examen des yeux. Le malade est emmétrope. Les organes visuels sont normaux *intus* et *extrá*. La fonction visuelle, en tant qu'elle reste affaire de réfraction, d'accommodation et de conductibilité centripète de l'impression rétinienne, est absolument normale. VD — I VG — I.

Le champ visuel périphérique a, pour chaque œil examiné en particulier, son étendue physiologique. De même pour le champ visuel commun. Nulle diplopie, ni monoculaire, ni binoculaire. Les mouvements des yeux sont normaux et coordonnés dans toutes les directions. L'examen ophthalmoscopique est absolument négatif.

De ce fait que l'acuité visuelle est normale, de près comme de loin, et qu'un examen approfondi ne nous apprend rien sur la nature et l'origine de l'embarras que notre malade éprouve lorsqu'il s'agit de lire et d'écrire, nous concluons que cet embarras est la conséquence d'une altération des centres nerveux enregistreurs ou coordinateurs, et que nous sommes en présence d'une forme particulière d'amnésie voisine, à quelque degré, de l'aphasie des auteurs; mais en différant par le siège et par les conséquences. Nous portons donc de ce côté notre investigation, et comme d'ailleurs, M. L*** est en pleine possession de son intelligence et de l'expression de sa pensée, nous n'avons pas de peine à analyser le trouble dont il se plaint.

Au début, paraît-il, il ne pouvait lire, les lettres lui échappaient comme signification individuelle et surtout comme élément des mots. Autrement dit, quand il était parvenu à épeler les lettres d'un mot et quand il s'agissait pour lui de rassembler le mot, soit pour en comprendre la portée, soit pour l'articuler convenablement, il n'y parvenait point. Nous recherchons ce phénomène et nous constatons qu'il n'existe plus pour les mots simples, composés d'un petit nombre de syllabes et d'un usage très courant. En revanche, les mots polysyllabiques et d'un usage moins commun donnent lieu à un bredouillement où l'on retrouve bien la plupart des syllabes articulées, mais où quelques unes sont confondues, renversées, interposées, bref altérées de façon ou d'autre. Devant le mot émerveillement, par exemple, L*** hésite, balbutie et fait de vains efforts : émerevil... émérivel... émierv... voilà tout ce qu'il peut articuler en dépit de l'humeur où le jette cette impuissance et des efforts qu'il fait pour la surmonter.

Lorsqu'il parle, rien de semblable n'arrive.

Pour éprouver sa mémoire, nous lui demandons de réciter quelque chose. Il ne fait pas une faute en récitant celles des prières de son enfance dont il a gardé le souvenir.

Dans sa conversation, pas un mot non plus ne trébuche. Il s'agit donc ici d'une amnésie tout-à-fait spéciale, relative, exclusivement à l'écriture, et seulement aux assemblages de caractères d'une certaine complication. La pensée nous vient d'étudier, chez L***, l'acte d'écrire et de rechercher s'il offrira les mêmes et curieuses anomalies que l'acte de lire. Cette recherche est un peu plus difficile ; car si L*** savait lire autrefois très couramment les mots les plus compliqués, il n'écrivait pas bien correctement l'orthographe.

De là, pour nous, une source d'erreurs. Toutefois après des épreuves répétées, nous nous convainquons de l'existence d'une altération pathologique de la faculté d'écrire, altération tout à fait similaire de celle de la lecture, portant comme elle, sur les mots polysyllabiques et donnant lieu à des chevauchements, à des mélanges et à des heurts de syllabes, qu

portent, ici comme là, principalement sur les syllabes centrales du mot, en respectant les extrêmes.

En résumé, L*** n'est pas un aphasique ordinaire ; certains aphasiques sont sujets aux imperfections de lecture et d'écriture qu'il nous présente ; mais il diffère d'eux par cette particularité très tranchée que l'aphasie, telle que nous la connaissons, ne se révèle pas chez lui, à quelque degré que ce soit, dans la conversation ou dans le récit.

Cette observation est encore intéressante à un autre titre : en ceci qu'elle nous permet de signaler l'erreur où le malade était tombé quand il se croyait atteint d'une altération des organes de la vision, alors qu'il n'en était rien. Il est certain aussi qu'une grosse erreur de diagnostic pourrait être commise dans des cas analogues, si une exploration minutieuse et tout à fait complète, objective, et subjective, des yeux du sujet et de leur fonctionnement ne venait mettre le médecin sur la vraie voie des troubles signalés.

Nous nous abstiendrons de tout commentaire sur le rapport, entièrement hypothétique, des phénomènes signalés à la lésion (embolique ou hémorragique) de telle ou telle partie de la masse encéphalique survenue subitement chez notre malade.

A-t-il été frappé dans l'écorce cérébrale, au point indiqué, d'une façon analogue à certains malades chez qui l'aphasie coïncidait avec des lésions des circonvolutions gauches ou droites ?

Est-ce plutôt le centre oval ou son voisinage dont la lésion subite a produit ces singuliers phénomènes ? Il nous paraît bien difficile d'en raisonner avec quelque autorité, dans l'état actuel de nos connaissances. Nous nous contentons pour aujourd'hui d'ajouter ce fait au dossier de physiologie pathologique cérébrale déjà contenu dans nos recueils, nous réservant de compléter l'observation présente dans un avenir plus ou moins éloigné, si l'occasion nous en est fournie. — *Union Médicale du Nord-Est.*

Chorée Laryngée.

Cette affection, telle que décrite par Schrötter et autres qui avaient écrit sur le sujet précédemment, présente un groupe complexe et étonnant de symptômes excessivement ennuyeux, et incommodes, non-seulement au patient mais à ceux qui l'entourent.

Le symptôme proéminent de la maladie est une toux sur laquelle le patient n'a pas de contrôle, et tout-à-fait différente de celle qu'on observe dans d'autres affections des voies aériennes. La toux peut-être comparée à un jappement, hurlement ("henlendem") ou au chant du coq.

Dans certain cas d'hystérie, une telle toux peut arriver, et est occasionnellement simulée, mais dans plusieurs cas elle ne peut être tracée à l'une de ces causes.

Bell a observé, chez une jeune fille de quinze ans, une toux convulsive se rapprochant de l'aboiement, ayant lieu dix fois par minute, et disparaissant pendant le sommeil.

Cette toux ne fit découvrir aucune maladie du larynx.

La toux dura quatre semaines ; et il y eut trois rechutes.

Romberg décrit, sous le nom d'affections convulsives des "cordes vocales" un ton anormal de la voix, qu'il crût être dû à une condition "hystérique ou épileptique."

Il rapporte le cas d'une jeune femme, âgée de 19 ans, qui produisait des sons "comme celui d'un moulin à scie" et tellement forts qu'ils étaient entendus à l'extérieur de la maison. Il mentionne aussi le cas d'un médecin, âgé de soixante ans qui, en conséquence de maladies nerveuses compliquées avait de fortes attaques de toux, ressemblant à un mugissement, singulière coïncidence dans ce cas, la cajolerie, et spécialement la musique, avaient le pouvoir de prévenir les paroxysmes et de diminuer leurs forces.

Mandl a décrit des affections semblables. Plus récemment Türck décrivait des cas semblables sous le nom de "toux convulsive," mais Schrötter croit douteux qu'ils soient dus,

comme Türck le suppose, à des troubles de l'innervation du larynx.

Dans ces cas, survenaient des paroxysmes irrésistibles de toux qui étaient de courte durée, et d'un caractère particulier semblable à l'aboïement. Le larynx, la trachée et les bronches étaient parfaitement sains.

Türck rapporte cinq cas dont quatre représentent précisément les symptômes observés par Schrötter.

Massei a rapporté trois cas qu'il croyait être dûs à l'hypéresthésie. Ses patients étaient respectivement âgés de 24, 14 et 18 ans, et démontraient peu ou pas de maladie de larynx.

Il considère souvent cette maladie comme incurable.

Geissler rapporte le cas d'un enfant âgé de 18 ans, qui après avoir pris du froid eût cette toux caractéristique, ce qui avait lieu chaque fois qu'il essayait à prononcer un mot ou une syllable commençant par la lettre H. Subséquemment il souffrit de convulsions générales, avec hallucinations et par suite de coma, ces attaques pouvaient être produites par pressions ou piqûres sur certains points de son corps.

Le Prof. Wagner, de Leipsic, croit que cette affection est une forme d'hystérie. Le Dr. Spamer, de Giessen, a rapporté un cas de toux particulière survenue chez un enfant, d'un an et demi, après une attaque de chorée générale.

Schrötter lui-même a eu onze cas. C'était sur deux jeunes personnes de 8 à 14 ans, chez lesquelles sans causes excitantes connues ou autres maladies, des attaques fréquentes de toux survenaient. Ces excès de toux avaient lieu toutes les cinq ou dix minutes lorsqu'elles étaient éveillées, et disparaissaient pendant le sommeil.

Il propose d'appeler cette affection *chorée laryngée*; *chorée* parceque la contraction spasmodique de certains muscles ou groupe de muscles a lieu pendant les moments de veille du patient, et disparaît pendant le sommeil; de plus, le patient n'a pas de contrôle sur les attaques. *Chorée laryngée*, parce que les symptômes les plus proéminents ont leur siège au larynx. D'autres groupes de muscles aucunement en rapport

avec la phonation et la respiration, sont cependant quelquefois affectés. Que cette affection soit une forme de chorée cela est rendu plus que probable à cause de l'expression mimique (*Nachamung*) des rechutes, le cours de la maladie, et la rencontre d'autres affections nerveuses dans le même individu ou dans d'autres membres de la famille.

Des 11 cas vus par Schrötter, il y avait trois garçons et huit filles, une de ces dernières était âgée de 21 ans. Tous étaient d'une constitution délicate, deux étaient anémiques. Chez quelques uns, il y avait un léger catarrhe du larynx ou de la trachée, chez d'autres, cela n'existait pas.

Schrötter croit cette affection être "une névrose motrice" dans toute la force du terme, mais qu'elle ait son origine dans le système nerveux central seulement, il ne le croit pas. Le pronostic est favorable, tous ces cas ayant recouverts en l'espace de trois à six semaines.

Des rechutes eurent lieu, mais toujours elles furent moins sévères que la maladie elle-même.

Le traitement consiste à donner les bains de douches froides deux ou trois fois le jour, l'administration de la quinine à hautes doses, et l'application d'un courant électrique constant.

Il faut donner le fer chez les patients anémiques. — *Virg. Med. Monthly.*—*Maryland Med. Journal.*

L'acide hydrobromique dans les maladies d'estomac.

L'administration de l'acide hydrobromique dans la proportion de 3ss par ℥j d'eau, quatre fois par jour, arrête les vomissements qui accompagnent l'ulcère de l'estomac, et rend possible la retention de la nourriture solide. On peut aussi croire ce remède efficace pour contrôler les nausées survenant par d'autres causes.—*Canada Lancet.*

Phthisie Laryngée.

A une assemblée récente du British Medical Association, le Dr. Morell Mackenzie a lu un article sur le sujet ci dessus, dont voici un extrait.

10. La Phthisie Laryngée est due à la présence et à la rupture subséquente de tubercules dans les membranes muqueuses et sous-muqueuses. Les tubercules, dont quelques-uns très-petits et d'autres de la grosseur d'un grain de millet, sont enfouis dans un tissu réticulaire rempli de cellules lymphoïdes petites et rondes. Cette matière tuberculeuse est quelquefois déposée uniformément à travers l'épaisseur de la membrane muqueuse, mais plus fréquemment on la trouve dans la couche la plus superficielle de la membrane muqueuse, immédiatement audessous de l'Épithélium.

20. La Phthisie Laryngée est essentiellement un phénomène secondaire, apparaissant comme conséquence de la Phthisie Pulmonaire. Il n'y a aucune évidence qu'un cas de Phthisie Laryngée primitif ait jamais existé.

30. La maladie n'est pas due à l'action corrosive de l'expectoration.

40. La maladie est beaucoup plus commune chez l'homme que chez la femme. Sur 500 cas examinés par l'auteur pendant la vie, 365 étaient chez l'homme et 135 chez la femme. Sur cent nécropsies, il y avait 14 hommes et 27 femmes.

50. Le symptôme le plus fréquent de la Phthisie Laryngée c'est la diminution de la fonction vocale. Sur 500 cas la voix était altérée 460 fois. La toux était un symptôme marqué sur 427 patients. La Dysphagie arriva 151 fois.

60. On ne peut pas compter absolument sur les apparences de la Phthisie Laryngée observée à l'œil nu soit pendant la vie ou après la mort, mais on rencontre rarement le gonflement pyriforme des replis ary-épiglottiques, et la pâleur et l'épaisseur turbanée de l'épiglotte, si ce n'est dans la Phthisie

Laryngée. Une épaisseur plus ou moins uniforme, avec pâleur marquée de la membrane muqueuse, et de petits ulcères épars, sont les caractères de la maladie.

70. Le pronostic est toujours défavorable, la durée ordinaire de la vie, après que les symptômes de la gorge sont devenus fatiguants, est de 12 à 18 mois.

80. Le seul traitement qui soit utile dans ces cas consiste dans l'emploi de remèdes palliatifs.

Là où il y a difficulté d'avaler, l'insufflation de la Morphine donne le plus grand soulagement.—*British Medical Journal, Maryland Med. Jour.*

La codéine comme sédatif.

Il n'est pas de symptôme qui cause plus d'angoisse au malade qu'une toux fréquente, et aucun ne requiert un traitement plus judicieux de la part du praticien, s'il ne veut détruire avec ses mixtures expectorantes tout le bien qu'il produit par des mesures thérapeutiques plus générales. Dans la phthisie l'anorexie fait qu'on s'abstient de donner l'opium ou la morphine, et souvent on a raison de regretter son usage si on l'a employé.

Beaucoup de malades, surtout les sujets goutteux et ceux qui souffrent beaucoup de dérangement du foie, ne peuvent tolérer l'opium ou la morphine. Vu ces difficultés j'ai tenté d'employer la codéine dans ces cas, dans l'espoir d'en retirer avantage, et j'ai réussi au-delà de mes prévisions. Dans la phthisie, elle calme la toux sans déranger l'appareil digestif; et dans d'autres classes de malades elle a été tolérée lorsque l'opium et la morphine ne l'étaient pas. Je la prescris à la dose d'un grain dans du sirop de tolu.—*Brit. Med. Journal.*
—*Canada Lancet.*

Études sur les effets et le mode d'action des substances employées dans les pansements antiseptiques.

Par MM. GOSSELIN et A. BERGERON.

Pour ces premières recherches, nous nous sommes contentés, disent les auteurs, de quelques travaux de laboratoire (1), qui ont consisté à mettre le sang d'abord, puis le pus, en rapport avec les agents antiseptiques, et à étudier, tant à l'œil nu qu'avec le microscope, les effets produits. Nous donnons aujourd'hui les résultats que nous avons obtenus avec le sang. Bientôt nous communiquerons ceux que nous aura donnés le pus.

Effets des antiseptiques sur le sang.—I. Une première série d'expériences a consisté à mettre dans sept tubes en verre un peu plus d'un gramme de sang frais venant soit du cochon d'Inde, soit du chien, soit de l'homme. Dans l'un de ces tubes nous n'avons rien ajouté; dans les autres nous avons ajouté, avec un compte-gouttes, six gouttes de l'un des antiseptiques ci-dessous indiqués. Nous avons laissé tous nos tubes ouverts et nous avons examiné chaque jour l'état du sang (2); voici quels ont été les résultats:

1. Dans le sang non additionné, nous avons eu tous les caractères de la putréfaction, mauvaise odeur, granulations mobiles, bactéries et vibrions filamenteux, du troisième au quatrième jour.

20. Dans le sang additionné d'acide phénique au centième, du quatrième au sixième jour.

30. Dans le sang additionné d'acide phénique au cinquantième, du cinquième au sixième jour.

40. Dans le sang additionné d'eau-de-vie camphrée, du cinquième au sixième jour.

(1) Nos études ont été faites depuis deux mois au laboratoire de l'hôpital de la Charité.

(2) Nos examens microscopiques ont été faits avec la lentille à immersion (oculaire n° 2 et objectif n° 7 de Nacht).

50. Dans le sang additionné d'alcool à 86°, du septième au huitième jour.

60. Dans le sang additionné d'alcool camphré, du septième au neuvième jour.

70. Dans le sang additionné d'acide phénique au vingtième, aucune altération jusqu'au vingt-quatrième jour, époque à laquelle le sang était tellement desséché, que l'exploration n'a plus été possible.

Nous voyons donc que, dans cette première série, la putridité a été retardée, mais très-peu, dans le tube qui contenait l'acide phénique au centième, qu'elle l'a été un peu plus dans les deux suivants qui contenaient l'acide phénique au cinquantième et l'eau-de-vie camphrée; plus encore et à peu près le même temps dans ceux qui contenaient l'alcool pur et l'alcool camphré, et qu'enfin elle a paru tout à fait supprimée dans celui qui contenait l'acide phénique au vingtième.

Les résultats ont été à peu près les mêmes pour du sang que nous avons placé dans des verres de montre et que nous avons agité avec la baguette de verre, après avoir versé les cinq gouttes antiseptiques, afin d'incorporer les deux liquides, au lieu de laisser le mélange se faire de lui-même, comme dans les expériences précédentes.

II. Dans une *deuxième série*, nous avons pris de la sérosité de sang humain provenant d'une saignée; nous en avons versé 1 gr. 50 à 2 gr. dans sept tubes, et nous avons mis dans chacun d'eux six gouttes de nos agents antiseptiques; puis nous avons pris soin d'ajouter tous les matins une nouvelle goutte. Nous voulions réaliser ainsi quelque chose d'analogue à la condition que nous donne, en clinique, le renouvellement quotidien du pansement.

1. Dans le tube sans addition antiseptique, la sérosité était fétide et pleine de vibrions filamenteux mobiles le septième jour.

2. Dans le tube avec acide phénique au centième, bactéries annelées peu mobiles à partir du huitième jour. Persistance

de ces bactéries, peu nombreuses et sans vibrions filamenteux, jusqu'au trentième jour.

3. Dans le tube avec acide phénique au cinquantième, bactéries en petit nombre le dixième jour et tous les jours suivants, sans vibrions filamenteux, jusqu'au trentième jour.

4. Dans le tube avec eau-de-vie camphrée, bactéries le quatorzième jour et continuation jusqu'au trentième jour.

5. Dans le tube avec alcool camphré,

6. Dans le tube avec alcool à 86°,

7. Dans le tube avec acide phénique au vingtième,

Aucune apparence de putréfaction, et granulations immobiles jusqu'au trentième jour.

(L'expérience continue.)

Ici la putréfaction a encore été retardée dans les premiers tubes ; elle nous paraît même y avoir été amoindrie, puisque nous n'avons trouvé que des bactéries annelées peu nombreuses et aucun des vibrions filamenteux mobiles qui sont les indices de la putréfaction complète. Ces bactéries ont apparu à l'époque où le nombre des gouttes ajoutées n'avait pas été assez considérable pour donner l'imputrescence. Elles n'ont plus augmenté, et la putréfaction s'est arrêtée lorsque, par l'addition quotidienne, la dose de l'antiseptique est devenue sensiblement plus forte.

III. Jusqu'ici il s'agissait du contact et de l'incorporation des liquides conservateurs avec le sang. Nous avons voulu savoir ce que feraient les mêmes agents à distance, c'est-à-dire par évaporation. Tel a été le but de notre *troisième série* de recherches.

Nous avons versé dans huit cupules, hautes de 0m 04 et ayant 0m 10 à 0m 12 de diamètre, une quantité suffisante de sang frais de chien pour donner une couche de 0m 01 de hauteur, ayant au-dessus d'elle un espace libre et rempli d'air de 0m 03 ; nous avons placé sur l'ouverture de chacune de ces cupules un morceau de tarlatane à mailles larges, plié en quatre ou cinq. L'air passait facilement tant à travers les mailles que sur le contour de la préparation ; la cupule était d'ailleurs largement ouverte tous les jours, soit pour l'examen du sang, soit pour le renouvellement des linges antiseptiques.

L'une des cupules a été recouverte d'une tarlatane sèche, sans aucun mouillage; une autre, de la gaze phéniquée sèche de Lister; les cinq autres, d'une tarlatane mouillée de nos liquides antiseptiques (à part l'eau-de-vie camphrée qui n'a pas été employée cette fois). Les linges imbibés et la gaze sèche ont été renouvelés tous les deux jours en prenant soin, pour ceux qui étaient mouillés, de bien les exprimer, afin qu'il ne tombât pas de liquide dans la cupule. Les résultats de cette action à distance ont dépassé de beaucoup toutes nos prévisions.

1. Dans la cupule sans addition, la putréfaction était complète, avec vibrions filamenteux et mobiles le quatrième jour.

2. Dans la cupule recouverte de la gaze de Lister, elle s'est montrée du huitième au dixième jour.

3. Dans la cupule recouverte de gaze phéniquée au centième, putréfaction franche le huitième jour.

4. Dans la cupule recouverte de gaze phéniquée au cinquantième, quelques bactéries annelées le dix-septième jour, rien de plus jusqu'au trente-sixième.

5. Dans la cupule recouverte de gaze alcoolisée à (86°),

6. Dans la cupule recouverte de gaze avec alcool camphré,

7. Dans la cupule recouverte de gaze phéniquée au vingtième.

} Aucune altération, ni mauvaise odeur, ni bactéries, ni vibrions jusqu'au trente-sixième jour.

(L'expérience continue.)

Nous devons ajouter que, dans les trois dernières cupules de cette remarquable série des antiseptiques à distance, le sang a présenté un aspect jaunâtre, avec absence ou très-faible quantité de sérosité séparée du caillot. Nous avons attribué ces caractères à la coagulation progressive de presque toute la matière albumineuse de ce sang. D'ailleurs, tous les globules avaient disparu et étaient remplacés par des masses granuleuses absolument immobiles. Nous en avons conclu qu'en s'évaporant, les molécules antiseptiques étaient venues se mettre en contact avec le sang de la même façon que dans celles de nos expériences dans lesquelles nous avions

établi nous-mêmes ce contact en versant les liquides dans nos tubes.

IV. Notre *quatrième série* a eu pour objet la recherche des effets produits par la pulvérisation, moyen qu'emploie beaucoup M. Lister, et sur la valeur duquel les opinions sont très-divergentes en France.

Deux cupules contenant environ 20 gr. de sang humain tiré par des ventouses ont été soumises chaque matin, pendant un quart d'heure, à une pulvérisation avec l'alcool à 86°, au moyen de l'appareil très-commode de MM. Lucas-Championnière et Colin. La putréfaction a bien été retardée jusqu'au neuvième jour; mais à partir de ce moment elle s'est accusée aussi nettement que possible par la fétidité et la présence de nombreux vibriens filamenteux et très-mobiles, et ils se sont accentués de plus en plus, si bien que nous avons cessé la pulvérisation le treizième jour.

Trois autres cupules contenant la même quantité du même sang humain ont été soumises à la pulvérisation avec la solution phéniquée au vingtième; nous en sommes au trentième jour; nous n'avons aucune altération putride et nous croyons qu'il n'en viendra pas, attendu que le sang de ces cupules présente à sa surface la coloration jaunâtre et, dans toute son épaisseur, l'absence des globules et les masses granuleuses qui, pour nous, sont les indices de l'imputrescence,

Nous ne saurions dire pourquoi, cette fois, l'alcool a été si inférieur à l'acide phénique; mais le résultat fourni par ce dernier est important, parce qu'il montre que sa pulvérisation est un moyen réellement efficace et qui doit l'être surtout pour les plaies profondes, et comme, en recueillant sur une lame de verre la poussière envoyée par l'appareil, nous y avons trouvé un grand nombre de petites gouttelettes qui s'y étaient déposées, nous ne doutons pas que par ce moyen encore nous ayons mis l'acide phénique en contact avec le sang.—*Gazette Médicale.*

(A continuer.)

Néphrite parenchymateuse ; urémie ; injections de nitrate de pilocarpine ; guérison, par M. Leven.

Une jeune fille âgée de quatorze ans et demi, bien portante jusqu'alors est, à la suite d'un refroidissement survenu le 10 septembre, atteinte d'une néphrite parenchymateuse sans complications cardiaques ou pulmonaires. Elle présente, le 13 septembre, jour de son entrée à l'hôpital Rothschild, un œdème assez considérable des grandes lèvres et une légère infiltration des jambes. La température est assez élevée 39° le matin, 40° le soir. Les urines sont denses, peu abondantes, 300 gr. renfermant 6 gr. 50 p. 1000 d'albumine et 22 d'urée. Régime lacté.

L'affection suit son cours jusqu'au 18 septembre, jour où surviennent de la céphalalgie, des bourdonnements d'oreilles. Le 19, les urines sont supprimées ; le 20 également. A partir de onze heures elle est prise d'accès convulsifs d'une extrême violence dans l'intervalle desquels la malade est plongée dans le collapsus le plus profond. Il se produit 14 accès dans l'espace de 7 heures. Après le premier accès on pratique sur la région sternale une injection de 0,02 centig. de nitrate de pilocarpine ; on ne constate pas de sueurs, même localisées, pas de salivation. Le soir à 7 heures nouvelle injection qui ne donne lieu à aucun phénomène, ni sueur, ni salivation.

21 sept. Dans la nuit accès très-fréquents et très-intenses ; quelques vomissements spontanés. Injection de 2 centig. de pilocarpine, au bout de 2 minutes rougeur au pourtour de la piqûre, dans une étendue de 3 centimètres ; sueurs sur le front, puis sur tout le reste du corps. Salivation abondante s'écoulant par les commissures ; à plusieurs reprises vomissements d'un liquide jaunâtre ; une demi-heure après l'injection la malade urine sous elle.

Le liquide vomé renferme des traces d'ammoniaque.

Le soir nouvelle injection de pilocarpine, Sueurs abondantes, sialorrhée : 60 gr. de salive renfermant des traces

d'urée au microscope et 0,098 d'albumine ; 350 gr. d'urine qui renferment 8,32 d'albumine pour 1000 et 25.62 d'urée.

22. La malade est complètement revenue à elle. Dès cette époque amélioration progressive : le 8 octobre les urines ne renferment plus d'albumine.

Dosage de l'Albumine.

PAR LE DR. A. LUTON.

On peut affirmer, sans exagération, qu'on ne possède pas en clinique un bon procédé pour doser l'albumine urinaire. Les moyens proposés par Esbach, en dépit de leur multiplicité et de leurs raffinements, laissent encore beaucoup à désirer, sous le double rapport de leur mise en œuvre et de leur rigueur scientifique.

Pour ne parler que de l'un d'entre eux, le plus complet et le plus praticable, savoir la mesure en hauteur des dépôts que forme l'albumine coagulée, dans un vase divisé *ad hoc*, et après 24 heures d'attente ; qui ne voit là bien des incertitudes, avec délai trop grand, pour n'arriver qu'à une notion toute relative en somme ? Les précautions mêmes, pour obtenir une coagulation parfaite de l'albumine (emploi de l'acide picrique), viennent encore renchérir sur une fausse précision ; alors qu'on donne tant au hasard, par ces tassements inégaux du coagulum, qu'influencent la densité du liquide, la température extérieure, les vibrations du dehors, etc., etc.

Nous ne recommanderons pas davantage le procédé du polarimètre ; car outre qu'il n'est pas à la portée de tout le monde, il suppose à l'albumine un pouvoir rotatoire uniforme et constant : ce qui n'est certes pas dans la réalité des choses.

Arrivant à notre moyen, nous dirons qu'il repose sur cette donnée : « Une quantité déterminée d'urine albumineuse ayant été coagulée par la chaleur, quelle proportion d'un certain réactif faudra-t-il employer pour remettre l'albumine en dissolution ? »

Voici comme nous procédons :

Nous mesurons exactement *dix centimètres cubes* de l'urine à examiner, et nous opérons la *coagulation* de l'albumine, *par la chaleur*, dans un tube à expérience.

Cela fait, nous prepons dans une *pipette graduée* en centimètres cubes, et en dixièmes de centimètre cube, une certaine quantité d'une *solution d'acide tartrique*, telle que *dix centimètres cubes* en contiennent exactement *un gramme*; puis nous laissons tomber cette liqueur, goutte à goutte, dans le tube à expérience, en réchauffant de temps en temps le mélange à la flamme de la lampe, jusqu'à ce que le trouble albumineux ait entièrement disparu. Nous lisons ensuite sur la pipette combien de divisions du liquide ont été consommées.

Cette opération, répétée à des intervalles égaux, permet de tracer la *courbe albuminométrique* du malade; elle fait voir également si le mal se modifie en mieux ou en pire; et enfin quelle est l'influence du traitement adopté.

Jusqu'à présent, nous n'avons avec notre procédé obtenu que des *résultats relatifs*; mais nous prétendons arriver à des *chiffres absolus*, et dire quel poids d'albumine contient chaque litre d'urine. Pour cela, il nous faudra trouver un *type* d'albumine, auquel nous rapporterons, à l'aide d'une proportion, les produits de notre analyse volumétrique.

L'albumine du sang nous paraît bien choisie à cet effet. Après avoir isolé et pesé exactement *un gramme* de cette albumine, réduite à son eau de constitution, nous rechercherons quelle proportion de la solution titrée d'acide tartrique sera nécessaire pour ramener le tout à l'état liquide. Nous saurons ainsi, réciproquement, quel poids d'albumine fraîche indique chaque gramme et fraction de gramme d'acide tartrique employé dans une expérience quelconque.

Pour plus de précision, et sachant combien l'albumine varie dans ses formes, on pourrait, à l'occasion de chaque albuminurique en particulier, faire la première épreuve d'après ce qui vient d'être exposé: c'est-à-dire déterminer directement ce qu'il faut d'acide tartrique pour redissoudre un poids donné de l'albumine qu'il rejette, après l'avoir toute-

Tois coagulée au moyen de la chaleur. Les épreuves suivantes seraient faites au moyen de la solution titrée et de la pipette graduée, conformément au procédé que nous avons décrit.

Quant aux précautions de détail que ce procédé réclame, elles se bornent à peu de chose. C'est ainsi que nous recommandons, d'abord, de *filtrer* l'urine sur laquelle on doit agir, afin qu'au trouble albumineux produit, ne s'ajoutent pas les opacités du mucus, des tubuli, des cylindres fibrineux, des globules rouges et blancs, des sels précipités, etc. D'autre part, il faut s'assurer de la *réaction* préalable de l'urine, pour que les premières portions de la solution titrée ne soient pas employées à neutraliser l'alcalinité possible du produit. Dans ce cas, quelques gouttes d'acide azotique, jusqu'à la limite voulue, écarteraient toute chance d'erreur.

Tel est notre procédé. Il est, comme on le voit, d'une exécution facile ; il n'exige à vraiment parler aucun instrument nouveau ; la pipette graduée étant dans presque toutes les mains, et servant à plusieurs usages, il donne des résultats immédiats et précis, et enfin il arrivera bientôt à fournir des chiffres absolus ; ce qu'on demanderait en vain au procédé d'Esbach, que nous avons indiqué, et qui paraît assez généralement adopté.—*Union Médicale du Nord-Est.*

L'huile d'eucalypte dans la diphthérie.

Préparée avec les feuilles d'eucalypte, l'huile, selon Mosler, est de la plus grande valeur dans le traitement de la diphthérie. Il met une cueillérée à thé d'un mélange composé de parties égales d'huile d'eucalypte et d'alcool dans l'eau d'un pulvérisateur, et en fait inhaler les vapeurs durant vingt minutes par heure. Ceci ne cause aucune irritation des bronches, et agit comme un puissant désinfectant.—*St. Louis Clin. Record.*

Nouvel antiseptique.

On a découvert en Allemagne un nouvel agent antiseptique, qui est un des plus importants. C'est un sel double de borate de potassium et de sodium, préparé en dissolvant dans l'eau des quantités égales de chlorure de potassium, de nitrate de soude et d'acide boracique, et en l'évaporant jusqu'à siccité après filtration. Son prix est d'environ 25 cents par livre, et son usage pour les comestibles, etc., ne les affecte en rien, et ne communique aucun goût ni odeur à ces substances. Il a été grandement employé par des bouchers, des fabricants de saucissons, des tanneurs, etc., mais son usage le plus important est aujourd'hui pour la fabrique du beurre et du fromage. Quand le beurre provient de lait frais comme d'habitude, il faut conserver ce lait dans un endroit frais; si on y ajoute le "sel conservateur," comme on l'appelle en Allemagne, on peut garder ce lait à la température ordinaire sans sùrir; et on peut fabriquer du fromage d'une qualité supérieure avec ce lait. Si on ajoute grs. xv de ce sel à chaque pinte de lait, on peut le conserver doux pendant au moins une semaine. On peut préserver la viande fraîche, le gibier, etc. en les plongeant dans une solution d'une livre de ce sel pour six chopines d'eau. Si on a l'intention de conserver la viande pendant longtemps, on la recouvre de ce sel en poudre dans la proportion de 3jss par lbs ij de viande. En 24 heures l'imprégnation est complète, et il ne faut que la faire sècher. Un morceau de viande ainsi préparé en Janvier 1877 était en bon état en Janvier 1879. Pour la salaison, la viande est préparée de la même manière, et placée dans un mélange de lbs. ij de sel de cuisine, lb. ss de sel conservateur et ʒij de sucre. Les plus gros jambons peuvent ainsi être salés en quatre jours. Pour la préservation des peaux, on en emploie de lb. ss à lbs. ij selon la grandeur. On met les œufs pendant 15 minutes dans une solution de ce sel de ʒi par pinte. Pour conserver la bière, le vin, etc., il suffit de rincer les bouteilles, avant de les

remplir, avec une solution de ce sel au dixième, et d'ajouter au breuvage grs. viii par pinte. Pour le poisson, le homard, les huîtres, les fruits et légumes, on a employé cette préparation avec le plus grand succès.—*Canada Lancet.*

Nouveau liquide préservatif.

Le Curateur du Musée Anatomico-zoologique de Berlin, Mr. Wickersheimer découvrit il y a quelque temps un nouveau procédé efficace pour conserver les cadavres; il prit une patente. A la demande du Gouvernement Allemand, il a été induit depuis à retirer sa patente, et fait maintenant connaître son procédé au monde.

Les cadavres de l'homme et ceux des animaux, imprégnés de ce liquide, conservent complètement leur forme, leur couleur et leur flexibilité. Quelques années après, on peut s'en servir pour les dissections scientifiques ou les investigations légales.

“ Le Curateur du Musée Anatomico-zoologique de Berlin, Mr. Wickersheimer, ayant découvert un nouveau procédé de conserver les cadavres, les plantes, et leurs parties, et ayant été induit à résigner à son droit de patente pour l'Empire d'Allemagne, publie son procédé comme suit :

Le liquide conservateur se prépare suivant cette formule :

Dans 3,000 grammes (3 pintes) d'eau bouillante faites dissoudre 100 grammes (3iii) d'alun, 25 grammes (3vi) de sel, 12 grammes (3iii) de salpêtre, 60 grammes (3ii) de potassium, et 10 grammes (3 ijss) d'acide arsénieux. Filtrez après refroidissement.

A 10 litres (10 pintes) de ce liquide inodore et incolore, ajoutez 4 litres (4 pintes) de glycérine, et 1 litre (1 pinte) d'alcool méthylique.

On imprègne les cadavres de ce liquide ou on les y conserve. Pour l'embaumement, 1½ litre (3 chopines) suffit.

pour un enfant de deux ans, 5 litres (5 pintes) pour un adulte.

Voici la manière dont l'inventeur embaume les cadavres humains.

Il injecte d'abord le cadavre avec le liquide, et l'y laisse séjourner durant plusieurs jours. Par des frictions, il l'assèche et l'enveloppe ensuite dans un drap de toile ou de soie huilée, imprégné de ce liquide, et le conserve dans des endroits hermétiquement fermés.—*Canada Lancet.*

Méthode de traitement de l'ozène.

Gottstein, comparant les opinions diverses de Saurages, König, Fränkel, Michel, Zanzel et Jacobi, par rapport à l'étiologie de cette affection, émet ses propres idées. Il reconnaît cette coïncidence fréquemment observée de la capacité anormale de la cavité nasale avec la présence de cette maladie; mais il ne considère pas ce fait comme de grande importance par rapport à son origine. Il attribue l'ozène à l'atrophie de la muqueuse de cette région, analogue à celle du pharynx, décrite comme le catarrhe sec du pharynx (*pharyngitis sicca*) par Wendt dans l'*Encyclopédie de Ziemssen*, et il croit que l'ozène "est un symptôme constant de cet état de rhinite chronique, où survient l'atrophie de la membrane muqueuse nasale, et où, par conséquence probablement de la destruction des glandes muqueuses, survient une diminution et une altération de la sécrétion, dont le produit demeure, vu son dessèchement rapide, adhérent à la membrane muqueuse, n'est pas expulsé par les forces naturelles, et s'échappe en décomposition fétide."

Le remède que recommande l'auteur consiste en la simple occlusion de la partie malade au moyen d'un tampon de ouate (après avoir préalablement nettoyé la région) qu'on doit laisser environ 24 heures.

Il ne donne origine à aucun symptôme désagréable; les malades, au contraire, se trouvent en peu de temps soulagés.

Il ne faut obstruer qu'un côté à la fois, et l'autre vingt-quatre heures après que le premier a été vidé.

L'auteur a obtenu d'excellents résultats en très peu de temps chez quinze patients qu'il avait traités suivant cette méthode.—*Berl. clin. Woch.*—*Maryl. Med. Journ.*

Traitement des ulcères.

La méthode de traitement le plus efficace à l'Hôpital de New-York pour le traitement des ulcères (*N.-Y. Med. Journ.*) est une combinaison de la méthode de Lister conjointement avec le bandage élastique de Martin. On lave d'abord l'ulcère avec une solution d'acide carbolique 1-20, qu'on recouvre ensuite d'un morceau de soie huilée protectrice, sur lequel on place une ou deux compresses de charpie ou de papier feutré, préalablement imbibé d'une solution saturée d'acide boracique. On recouvre le tout d'un bandage élastique qu'on ne change que lorsqu'il est souillé par la suppuration. On se trouve quelquefois mieux d'enlever le bandage élastique le soir, mais non les autres pièces du pansement, qu'on recouvre alors d'un morceau de tissu imperméable, comme de la gutta-percha mince ou du papier ciré retenu *en place* par un bandage ordinaire. Dans les ulcères gangréneux on applique une couche d'iodoforme avant de replacer la soie protectrice. On s'est aperçu que la rapidité de la guérison par ce mode de traitement était beaucoup plus considérable que, lorsqu'on ne se servait que du pansement de Lister ou du bandage élastique.—*Canada Lancet.*

Le glycérolé de Bismuth dans les ulcérations du col de l'utérus.

Le Dr. Suesserott, de Chambersburg, Pa., (*Med. Record*), emploie une crème épaisse de bismuth dans la glycérine pure pour les ulcérations du col de l'utérus, qu'on applique au moyen de coton absorbant. Aucune autre application ne donne un soulagement aussi immédiat. "La congestion du col est dès l'abord diminuée par la glycérine par action endosmatique, et les ulcères disparaissent comme par enchantement sous l'influence magique de la baguette d'une fée."—*Pac. Med. & Surg. Journ.*

Elections.

Lors de l'élection des officiers de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, M. le Dr E. H. Trudel a été réélu unanimement Président.

M. le Dr J. Eméry-Coderre a été nommé Secrétaire et M. le Dr L. B. Durocher a été nommé Trésorier de l'Institution.

Dispensaire de la Providence.

M. le Dr G. O. Beaudry a été le médecin en service dans ce Dispensaire, conjointement avec M. le Dr A. Piché, durant le mois de décembre 1879.

Le total des ordonnances a été de 2303, et celui des visites de 177.

M. le Dr A. B. Champagne était chargé du service pour le mois de janvier 1880.

Le total des ordonnances a été de 2880, et celui des visites de 300.

M. le Dr A. A. Lefavre est chargé du service pour le mois de février.