

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

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

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

TRAVAUX ORIGINAUX.

De la position dans le traitement des maladies.

PAR ARTHUR LAPHORN SMITH, B. A., M. D., Laval.

Membre du Collège Royal des Chirurgiens d'Angleterre, l'ellow of the
Obstetrical Society of London.

(Lu devant la Société Médicale de Montréal.)

MESSEURS,

Avant d'entrer en matière, permettez-moi de vous remercier de l'honneur que vous m'avez fait, en m'admettant au nombre des membres de la Société Médicale. Laissez-moi de même exprimer l'espoir que la bienveillance avec laquelle vous m'avez accueilli, me sera encore témoignée à l'occasion de ce travail, le premier qu'il me soit donné de vous soumettre.

J'ai choisi le sujet que je viens de vous indiquer, parce que, d'une part, il importe beaucoup à nous qui sommes praticiens et qui laissons aux allemands l'honneur des théories, de connaître tous les moyens à notre disposition pour atteindre le but essentiel de notre art, je veux dire le soulagement ou la guérison des maladies que nous sommes appelés à traiter; et que, d'autre part, on néglige trop souvent, quand on ne les ignore pas, les forces thérapeutiques, dont nous pouvons disposer, par la raison toute simple que nos traités de médecine et de chirurgie en font rarement mention, ou n'y attachent aucune importance.

Pendant les quelques minutes que nous pouvons consacrer à ce sujet, il est impossible, on le comprend, d'énumérer tous les cas dans lesquels la position tient une place importante comme moyen de traitement, je me contenterai d'appeler votre attention sur quelques-uns des cas les plus intéressants dans les trois branches de l'art de guérir.

Dans une forte proportion des cas fatals de fièvre typhoïde, la mort est due, non à la fièvre elle-même, mais aux complica-

tions et séquelles, parmi lesquelles les *bed sores* sont une des plus fréquentes et des plus dangereuses. Or, comme ils sont souvent d'un traitement difficile, ils causent au médecin beaucoup d'anxiété et d'ennui. Les *bed sores* sont des plaques de gangrène résultant d'une pression trop longtemps continuée, et se montrent dans toute maladie dans laquelle une vitalité amoindrie, ou la faiblesse de la circulation se rencontre chez un malade qui a gardé longtemps la même position. Dans les hôpitaux de Londres ils sont rares, car, dans tous les cas où il est probable que le patient devra garder pendant quelque temps la position horizontale, les parties exposées à la pression sont fréquemment lotionnées avec l'alcool, et les gardes-malades comprennent combien il est important de changer souvent la position du malade, de façon qu'aucun point de la surface cutanée ne soit exposé pendant longtemps à une pression continuelle.

Ce changement fréquent de position dans la fièvre typhoïde est aussi d'une importance majeure, pour une autre raison. Ainsi, j'avais sous mes soins immédiats, l'été dernier, à l'hôpital des enfants, à Londres, un garçon de 13 ans malade de fièvre typhoïde. Comme la peau de ce patient était plus saine qu'elle n'a l'habitude de l'être chez ces malades, la garde-malade se contentait d'appliquer la lotion alcoolisée tous les matins, sans changer la position pendant la journée; de sorte que pour plusieurs heures consécutives il restait couché sur le dos, dans un état demi-comateux. Heureusement que dans tous les cas de ce genre, j'avais l'habitude d'ausculter la base des deux poumons dans la région sous-scapulaire et cela tous les deux ou trois jours, de sorte que je découvris bientôt des signes d'hépatisation à la base des poumons dans ce cas. C'est là une des complications les plus graves, se montrant 100 fois sur 1400 cas et amenant la mort chez à peu près 50 pour cent. Deux causes se combinent ici pour amener ce résultat, la faiblesse d'action du cœur et la force de gravitation du sang. Quand la force de propulsion du cœur s'affaiblit au point de tomber au-dessous de la normale, les artères sont moins remplies, tandis que les veines le sont davantage; d'un autre côté, plus le courant sanguin est lent, plus la force de gravitation est mise en jeu. Alors le sang s'accumule dans les parties les plus déclives du poumon et il y a congestion hypostatique. Le tissu pulmonaire s'infiltré, se gonfle, la capacité des alvéoles est amoindrie par la surcharge qui s'est faite dans les vaisseaux, ainsi que par la tuméfaction du tissu, et les derniers vestiges d'air sont chassés par l'effusion de liquide. Telle était probablement la condition des poumons chez mon jeune patient quand je découvris chez lui, matité.

absolue et absence complète du murmure respiratoire sur un espace de 5 pouces à la base du poumon gauche et de 4 pouces à celle du poumon droit. Je fis immédiatement changer sa position de dorsale en abdominale, et, le matin suivant, la matité était presque disparue et les râles bronchiques étaient remplacés par de la petite crépitation. Le lendemain, les deux poumons étaient tout à fait libres et sonores dans toute leur étendue. L'enfant guérit, mais je ne doute pas que, si sa position n'eût été changée, la congestion hypostatique et l'œdème n'eussent été chez lui la cause immédiate de la mort.

Dans ces cas incurables d'hydropisie dûs à des altérations de structure du rein, j'ai vu des malades passer les derniers mois de leur vie dans de grandes souffrances vu la distension des différentes cavités, ainsi que de la peau des jambes. Quelque fois même un grand morceau de peau se gangrène aux pieds, laissant un ulcère inguérissable. C'est dans un des hôpitaux de Londres que j'ai vu pour la première fois, le petit instrument que voici. En élevant de 6 pouces la tête du lit au moyen de pièces de bois, afin que le liquide épanché puisse graviter vers les pieds, et en introduisant cette petite canule à l'aide du trocart, et ensuite, en y attachant le tube de caoutchouc, on peut établir un véritable drainage systématique du patient frappé d'hydropisie. Or comme la douleur est nulle, les malades qu'effraierait le trocart abdominal ne feront aucune objection à l'introduction de cette petite aiguille. On peut empêcher le patient de glisser au pied de son lit au moyen d'une camisole placée autour de la poitrine, et à laquelle sont attachées des bandes retenues à la tête du lit.

C'est naturellement dans les *cas chirurgicaux* que la position devient plus nombreuses applications. A l'hôpital des enfants, nous étions singulièrement heureux dans le traitement de nos cas de fracture du fémur; tellement que je n'hésiterais pas à faire la section du fémur pour la cure du *genu valgum* car je suis certain que les extrémités des fragments s'uniront dans quelque position qu'il me plaira de les mettre.

Notre succès était dû au soin avec lequel nous disposions le membre dès les premiers instants, de sorte que nous pouvions maintenir les fragments absolument dans la même position, depuis le commencement jusqu'à la fin du traitement. Comme cela peut être de quelque intérêt pour vous, vous me pardonnez si je m'écarte un peu de mon sujet pour vous en faire la description. Une longue bande de sparadrap est appliquée au genou, et, suivant la face interne de la jambe, va contourner la plante du pied pour revenir au genou par la face externe du membre. Nous laissons cependant au niveau du talon une ganse

d'à peu près 3 pouces. Cette longue bande est maintenue plus fermement adhérente par un certain nombre d'autres petites bandes plus étroites, qui entourent la jambe. La cheville est enveloppée dans du *coton-laine*, après quoi, un bandage est soigneusement appliqué sur le pied et la jambe. Il reste maintenant à appliquer une longue clisse, ce que nous appelons *box-splint*. Celle-ci consiste en deux morceaux de bois unis à leurs extrémités par un morceau transversal. Elle est suffisamment longue pour dépasser de 3 pouces la plante du pied et venir se terminer à 3 pouces du creux de l'aisselle. On a soin de la bien rembourrer à l'avance, surtout au niveau du talon et de la crête iliaque. Une corde fixée à une poulie et à laquelle on attache une pesée est alors passée dans une ouverture du morceau transversal et finalement attachée à la ganse du sparadrap. On pose alors avec beaucoup de soin un bandage sur tout le membre du côté malade. Celui du côté sain est aussi rattaché et on continue l'application du bandage autour du bassin et de la taille.

Avec un tel appareil on peut tourner l'enfant sur le ventre ou l'élever au-dessus du lit sans changer du tout les rapports des fragments l'un à l'autre. Par l'addition d'une feuille très mince de *gutta percha* pardessus le tout, et qu'on colle parfaitement au moyen d'une goutte de chloroforme, une seule application de l'appareil peut rester jusqu'à ce que l'union soit complète.

En élevant le pied du lit sur des petits billots de bois, l'enfant, par son propre poids, constitue la seule contrexension nécessaire. Le poids d'extension doit avoir à peu près une livre pour chaque année de l'âge de l'enfant. Dans plusieurs cas ainsi traités j'ai pu renvoyer l'enfant chez lui dès le 19ème jour, ayant eu soin de consolider le membre au moyen d'un bandage en plâtre de Paris, et, le 29ème jour après une fracture complète du fémur, l'enfant revenait à pied à l'hôpital. Ce résultat très satisfaisant est dû surtout aux moyens que nous avons de maintenir les fragments dans la même position dès le début.

Un autre cas dans lequel il peut devenir très utile de savoir quelle position à donner au malade est la courbure latérale du rachis. Comme vous le savez tous, le traitement des courbures angulaires a subi une modification matérielle dans ces dernières années. Au lieu de laisser le patient déjà affaibli, le devenir plus encore en le gardant longtemps au lit, alors qu'en même temps la douleur des surfaces osseuses malades cause une irritation réflexe et spasmodique des muscles spinaux augmentant ainsi le mal qu'il fallait guérir, au lieu de cela, dis-je, le patient est suspendu, et, après que la courbure a été redressée par le

poids du corps, on applique le bandage Sayre. Par ce moyen les surfaces malades sont forcément séparées et le poids de la tête et des épaules étant enlevé de la colonne vertébrale, le patient peut jouir de l'air et du soleil, ces deux facteurs si importants dans le traitement des maladies strumeuses. Mais je voudrais plutôt, vous parler d'une courbure du rachis tout à fait différente de celle-ci, et dans laquelle il n'y a aucune maladie de structure soit des os soit des cartilages. Il y a seulement faiblesse des ligaments et des muscles d'un côté, de façon que la partie supérieure de la colonne vertébrale tombe d'un côté ou de l'autre. C'est ce qu'on appelle courbure latérale. L'accroissement de poids d'un côté comprime le cartilages inter articulaires qui sont très élastiques ce qui augmente encore la difformité. Dans le traitement de cette affection pour laquelle nous sommes si souvent consultés par les mères anxieuses, surtout dans la haute classe, quelques-uns des meilleurs chirurgiens anglais ont entièrement abandonné l'usage de ces horribles instruments de torture inventés dans l'intérêt des fabricants d'instruments, comme étant non-seulement inutiles mais encore positivement nuisibles. Ils recommandent au contraire la position horizontale pendant deux ou trois heures par jour, ainsi que pendant toute la nuit, l'oreiller étant enlevé de dessous la tête et placé sous le bras du côté vers lequel se dirige la convexité de la courbure. Le poids de la tête agit ainsi à la façon d'un levier et l'oreiller comme point d'appui. Les muscles du côté faible ou convexe doivent être stimulés par des frictions à l'eau salée ou par l'électricité. Lorsque le patient n'est pas dans la position ci-dessus indiquée il doit sortir à l'air libre et prendre quelque exercice actif.

Un autre cas dans laquelle la position a pris la place des appareils chirurgicaux, est la fracture de la clavicule. Le fait est que quand un homme est couché sur le dos, l'épaule tombe en arrière; de plus, le poids du bras étant enlevé, l'épaule remonte. J'étais un peu surpris de voir dans quelques hôpitaux de Londres que le seul traitement de ces fractures pendant les 7 ou 10 premiers jours, était de donner une injection hypodermique de morphine, et de mettre le malade sur le dos dans son lit, en donnant des ordres pour qu'il gardât cette position autant que possible. Après que le col s'était formé on appliquait le bandage ordinaire et on laissait le malade se promener.

Dans le traitement de l'orchite et de l'épididymite, qu'elles soient blenorragiques ou non, il est de la plus haute importance non seulement de garder le malade au lit, mais encore de tenir le testicule élevé au moyen d'un oreiller placé entre les jambes. Vous vous rappelez sans doute que les veines

spermatiques se jettent dans les veines rénales, et qu'elles sont dépourvues de valvules, et que, par conséquent, la pression que supportent les testicules d'un homme qui se tient debout, est très grande.

Dans les opérations qui se pratiquent dans la bouche, soit pour la séparation congénitale de la voûte palatine, soit pour l'extirpation de la langue ou pour l'avulsion d'un polype pharyngien, nous sommes continuellement interrompus par l'écoulement de sang dans le larynx, ce qui menace d'asphyxier le malade, car celui-ci étant sous l'influence d'un anesthétique ne peut plus avaler. Nous pouvons remédier à cet inconvénient en élevant les pieds et abaissant la tête du patient de manière que le sang s'accumule dans le cul de sac au sommet du pharynx d'où nous pouvons l'enlever de temps en temps avec des éponges.

Je me rappelle avoir vu à ce propos un homme mourir de suffocation. Il s'était coupé la gorge avec une paire de ciseaux: le medecin avait ligaturé quelques artères qui rendaient beaucoup. puis on l'avait mis au lit avec 5 ou 6 oreillers derrière lui. Les cils de l'épithélium des bronches peuvent à l'état normal remonter le mucus comme vous le savez, mais ils ne pouvaient pas combattre la force de gravitation qui attirait en bas une once ou deux de sang à la fois. On entendait le sang bouillonner dans les bronches, mais les médecins n'avaient pas pensé d'abaisser la tête du patient pour laisser écouler le sang de sorte qu'il devint de plus en plus cyanosé, et la mort eut lieu par suffocation.

Inutile de mentionner encore les ulcères variqueux de la jambe. Vous avez tous eu l'expérience des difficultés que nous rencontrons dans leur traitement si nous essayons de les guérir sans donner au malade l'avantage du decubitus horizontal. Avant de laisser le chapitre de la chirurgie, je dois dire que plusieurs chirurgiens de Londres ont mis de côté le bandage d'Es-march pour arrêter l'hémorrhagie dans les opérations qui se pratiquent sur des membres affectés de suppuration. Ils se contentent de tenir le membre élevé pençant quelques instants, puis d'appliquer un tourniquet; ceci a l'avantage de ne pas pousser dans la circulation veineuse des matières putrides qui deviendraient plus tard les foyers d'autant d'abcès multiples.

Il ne nous reste plus qu'à donner un exemple du sujet qui nous occupe, tiré du domaine de l'art obstétrique. Il arrive quelquefois qu'un médecin soit appelé au lit d'une femme qui, ayant perdu beaucoup de sang, comme cela se voit dans les cas de *placenta previa*, s'est évanouie, et qui s'en va mourant parce que les centres nerveux qui président aux fonctions respira-

toire et circulatoire sont privés du liquide nutritif qui leur était nécessaire. Fidèle à notre devoir de prolonger la vie, nous devons ne pas perdre une minute, ôter les oreillers puis élever le pied du lit. Le Dr Meigs, de Philadelphie, dit avoir de la sorte réussi dans beaucoup de cas du même genre.

Vous êtes tous des obstétriciens bien expérimentés et je n'ai pas besoin de vous dire combien la position horizontale est importante à la suite de l'accouchement à terme. La matrice a alors, au moins 20 fois le poids qu'elle avait avant la grossesse (étant de 24 à 40 grammes chez les filles pubères; et 1200 à 1500 grammes chez des femmes qui viennent d'accoucher) par conséquent, si une femme se met debout ou même s'assied dans son lit avant que l'utérus ait repris son volume normal, on comprend combien est grand le danger qu'elle court d'être atteinte de prolapsus de cet organe.

Mais si la position horizontale est importante pour une femme qui accouche à terme quand la matrice est dans toutes ces conditions nécessaires à son retour naturel à l'état de santé, à plus forte raison est-elle de rigueur, à la suite de l'avortement. Ici le développement de l'utérus est arrêté soudainement, c'est-à-dire avant que les tissus et le système aient atteint les conditions favorables à l'involution rapide et complète. Dans les premiers mois de la grossesse, la contractilité musculaire qui, en comprimant les vaisseaux et en diminuant la quantité de sang dans l'organe, est la première cause de l'involution, n'est pas si efficace qu'elle ne l'est à terme. La position verticale pendant la première ou deuxième semaine augmente la tension vasculaire, ce qui augmente aussi la vascularité et empêche ensuite l'involution.

La gravitation s'ajoutant ainsi à la pression hydraulique on est presque certain de voir survenir quelques uns de ces déplacements qui fatiguent tant les malades et ennuient outre mesure le médecin.

En terminant, messieurs, permettez-moi d'exprimer mes remerciements pour l'attention que vous avez bien voulu m'accorder pendant la lecture de ces quelques idées réunies sous le titre de *La position comme agent thérapeutique*.

Un des membres de la société s'étant informé si, à Londres, dans la fracture de la clavicule les chirurgiens mettaient un coussin sous le dos du patient, entre les épaules, le Dr Smith a répondu négativement, mais que, cependant quelques chirurgiens plaçaient un oreiller sous la tête du malade, dans le but,

disent-ils, de tenir en repos le muscle sterno-cleido-mastoidien, qui sans cela, pourrait exercer une traction sur le fragment interne de la clavicule.

Un autre membre ayant demandé quelques explications au sujet du traitement auquel le Dr Smith a fait allusion en parlant du *genu valgum*, le lecteur répondit à peu près comme suit :

Comme on le sait, dans le *genu valgum* le condyle interne du fémur est plus long qu'à l'état normal, soit parce que, comme tout os atteint de rachitisme, il augmente rapidement de volume pendant la première période de la maladie, soit que le tiraillement continu du ligament latéral interne allonge le tissu encore mou de l'os.

Un chirurgien de Lyon à eu l'idée d'enlever un morceau du condyle en forme de coin, ce qui raccourcit le condyle et permet au membre de se redresser. Cette opération n'étant pas sans danger, le Dr Ogsten, de Glasgow, fait la section du condyle interne au moyen d'une scie ; le condyle ainsi sectionné étant ensuite remonté au même niveau que le condyle externe, et la jambe étant redressée, l'union des fragments pouvait se faire dans la nouvelle position qu'on leur avait donnée. L'opération se fait avec les précautions antiseptiques ordinaires.

Le Dr Reeves de l'hôpital des enfants à Londres, ou le Dr. Smith était interne, préfère atteindre ce but par une opération sous cutanée. Il fait une petite incision verticale dans la peau au niveau de la partie supérieure de l'échancrure intercondylienne. Dans cette incision il introduit un ciseau gradué, et l'ayant tourné de manière à le placer transversalement, il le frappe avec un maillet jusqu'à ce qu'il l'ait fait pénétrer jusqu'au cartilage qui tapisse la surface articulaire. Puis il retire l'instrument, ferme la plaie et complète la séparation des fragments au moyen de la manipulation forcée.

Ce dernier procédé a aussi le désavantage de provoquer quelque fois une arthrite. Pour éviter cela, M. Parker, chirurgien du même hôpital, fait par le même procédé du ciseau, la section complète de l'extrémité inférieure du corps du fémur, mais en un endroit assez élevé pour éviter d'ouvrir la membrane synoviale de l'articulation. Il n'a plus à traiter alors qu'une fracture simple du fémur, ce qui constitue chez l'enfant, grâce au procédé décrit plus haut, une affaire tout à fait sans danger.

De la Neurasthénie.

PAR H. E. DESROSIERS, M. D., LAVAL.

(Lu devant la Société Médicale de Montréal.)

(Suite et fin.)

Épuisement Spinal.—Si nous passons maintenant à l'examen des symptômes de l'épuisement spinal, nous y retrouverons une partie des signes déjà énumérés à l'occasion de l'épuisement cérébral. Mais tandis que dans la *Cérébrasthénie*, ces troubles se manifestent surtout et principalement dans la sphère intellectuelle, dans la myelasthénie au contraire, ils se montrent d'abord dans la sphère sensitivo-motrice. Ainsi, nous avons comme symptômes prédominants de cette dernière affection, des *douleurs le long du rachis*, douleurs tout-à-fait spontanées, variables, quant à leur forme et à leur degré, mais lancinantes presque toujours, se manifestant en aucun endroit de la moëlle épinière depuis la portion cervicale jusqu'au coccyx, et s'irradiant la plupart du temps le long des membres, accompagnées ou non de *tremblements* dans ces mêmes membres. Les douleurs existent fréquemment dans ceux-ci, sans se faire sentir simultanément le long de la colonne vertébrale.

Il y a *hyperesthésie des surfaces cutanées et muqueuses*. Les muqueuses qui en sont le plus souvent atteintes sont celles de la trachée, du pharynx et de l'urèthre. Quant à la peau, l'hyperesthésie y revêt les formes les plus variées. Tantôt c'est une excessive impressionabilité aux moindres variations de température et surtout au froid; tantôt ce sont des *accès de frissons* localisés alternant avec d'autres *accès de chaleur*, ou encore, une sensation permanente de *froid*, généralement limitée à certaines régions; tantôt enfin, ce sont des sensations de *sourmillement*, d'*engourdissement*, de *piquement*, de *pincement*, soit localisées elles aussi, soit étendues à toute la surface cutanée d'un ou de plusieurs membres, quand ce n'est pas du corps tout entier.

De tous les symptômes précédents, le plus remarquable est, sans aucun doute, la douleur rachidienne dont on distingue deux variétés. La première est spontanée, souvent erratique, et présentant des caractères variables, tantôt sourde et obscure, tantôt aiguë, avec élancements névralgiques et irradiation.

tions douloureuses dans les parties voisines ou éloignées comme nous l'avons vu pour les membres. La seconde est désignée par Jaccoud sous le nom d'*apophysialgie*. C'est ce que Trousseau appelait *point apophysaire*. Cette douleur que l'on rencontre limitée à une seule vertèbre dans l'irritation spinale proprement dite, est étendue, dans la myélasthénie, à plusieurs apophyses épineuses, quelquefois à toute une région, plus rarement à toute la colonne vertébrale. Pour en constater l'existence, il suffit de presser les apophyses épineuses des vertèbres. Son intensité, qui est parfois considérable, serait, d'après Hammond en rapport avec la gravité de la maladie.

Indépendamment de ces douleurs rachidiennes, on observe comme on vient de le voir, des *névralgies* proprement dites, siégeant le plus souvent sur les branches du trijumeau et des plexus brachial et sacré. Voilà pour les nerfs de la sensibilité thermique, tactile et douloureuse.

Du côté des nerfs moteurs, les troubles ne sont pas moins intéressants à étudier, bien qu'ils ne puissent être constatés que dans les cas avancés de la maladie. Ils consistent en spasmes locaux, soit spontanés, soit provoqués par des causes insignifiantes, en *tiraillements* et *soubresauts* musculaires qui viennent assaillir le patient au moment où il vient de se mettre au lit et de s'endormir, en *rigidités*, *engourdissements*, etc.

Je n'ai, pour ma part, jamais rencontré de *convulsions* dans des cas de cette nature, mais certains auteurs les admettent comme possibles. Quelques-uns en ont même rencontré d'assez violentes. Ces convulsions auraient à la fois le caractère des convulsions hystériques et épileptiques.

Les *anomalies de sécrétions* ne sont pas rares dans l'histoire de la myélasthénie, et cela se conçoit bien facilement. Je mentionnerai entre autres une *sécheresse obstinée de la peau*, pouvant être remplacée chez d'autres sujets, par une *moiteur* constante de cette membrane.

Si nous passons à l'examen des organes internes, nous verrons qu'ils peuvent aussi être *hyperesthésiés*, mais cela est assez rare. Plus souvent, ils sont dans un état de *torpeur* ou de *parésie*, ce qui ne les empêche pas, toutefois, d'être sensibles à l'action de la moindre cause inefficace à produire des effets semblables à l'état normal. C'est surtout dans le canal intestinal où ils se traduisent par la constipation, et dans les organes génitaux urinaires, que l'on peut constater ces phénomènes parétiques. Nous trouverons donc ici l'*incontinence d'urine* (*atonie du sphincter*) la *rétention d'urine*, (*paralysie de la couche musculaire de la vessie*), les *pertes séminales involontaires*, et cet ensemble de phénomènes qui participent à la fièvre

de l'exaltation fonctionnelle et de l'atonie, et auquel on a donné le nom de *faiblesse irritable* des organes génitaux, et, finalement, *l'impuissance* chez les sujets qui ont abusé outre mesure des fonctions génitales.

La migraine avec ses diverses manifestations, l'insomnie, et surtout la dyspepsie nerveuse et la constipation, désordres que nous avons étudiés à l'occasion de la cérébrasthénie, doivent aussi être mentionnés au nombre des symptômes de l'épuisement spinal, et cela doit sembler tout naturel si l'on comprend bien la pathogénie de la maladie que nous étudions.

Epuisement sympathique.—Cette forme de la neurasthénie a été beaucoup moins étudiée que les deux précédentes. Plusieurs pathologistes ne l'admettent pas comme variété distincte. On comprend qu'il est difficile de séparer, même théoriquement, la symptomatologie de l'épuisement sympathique de celle de l'épuisement spinal. Ces deux ordres de signes se confondent parceque tous deux ont trait aux phénomènes dits réflexes. De plus le nerf grand sympathique est si intimement uni au centre cérébro-spinal qu'on ne saurait concevoir une maladie de celui-ci sans y joindre l'idée d'un trouble quelconque dans le fonctionnement des organes ou appareils placés sous la dépendance du grand sympathique. Dans les quelques cas que j'ai vus, l'épuisement sympathique semblait être consécutif à la myélasthénie.

Malgré que les signes propres à chacune de ces deux variétés d'asthénie nerveuse se confondent le plus souvent les uns avec les autres, il est cependant un ordre de symptômes que nous ne pouvons méconnaître et qui se rattache presque exclusivement à l'asthénie du grand sympathique. Je veux parler des troubles de la circulation. Le grand sympathique est le nerf moteur, non-seulement du cœur, mais encore des vaisseaux sanguins. C'est lui qui fournit à l'organe central de la circulation ses ganglions automoteurs. C'est également lui qui distribue à l'immense réseau des artères et capillaires les filets nerveux destinés à régler dans toute l'économie la répartition du sang. Ce sera donc sur le compte de l'épuisement sympathique que nous devons mettre surtout les palpitations cardiaques, les syncopes, les congestions actives et passives, les ischémies, etc., etc., qui surviennent si souvent chez les individus frappés d'épuisement nerveux, mais, la plupart du temps, à une période avancée de la maladie. Les palpitations sont très fréquentes chez les malades de ce genre. Elles peuvent tenir à deux ordres de causes, soit à une excitation des ganglions automoteurs du cœur, soit à une paralysie momentanée du pneumogastrique. Elles constituent le symptôme le plus marqué de

l'épuisement sympathique, mais, comme on l'a vu, on les rencontre aussi dans l'asthénie cérébro-spinale. Les causes les plus insignifiantes suffisent à les produire. La *syncope* est plus rare. Les hyperémies limitées à certaines parties ou plus ou moins étendues se rencontrent chaque jour. Le plus souvent elles sont de durée passagère, mais se montrent, comme les palpitations, sous l'influence de la moindre cause.

MARCHE.—Il est rare que l'asthénie envahisse à la fois tout le système nerveux. Le plus souvent elle débute dans un des appareils mentionnés plus haut, puis s'étend successivement aux autres, si on n'intervient pas à temps. En thèse générale c'est le cerveau qui est le premier frappé d'épuisement. Celui-ci se propage subséquemment aux systèmes spinal et sympathique, si le cas est mal traité ou s'il ne l'est pas du tout. Cet envahissement se fait, en certaines cas, d'une façon assez rapide. Au reste, c'est là une question de priorité qui est en grande partie soumise à la cause qui aura produit l'épuisement.

DIAGNOSTIC.—Il est en général facile de faire le diagnostic de l'affection que nous étudions, surtout quand elle a pris un certain développement et que l'on peut, d'une manière satisfaisante, se rendre compte des causes qui l'ont produite.

Il faut d'abord distinguer la maladie des autres affections purement fonctionnelles, telles que l'*angine de poitrine*, l'*hystérie*, l'*épilepsie* et le *vertige stomacal*.

L'*angine de poitrine* idiopathique, c'est-à-dire, sans aucune maladie organique du cœur ou des gros vaisseaux ressemble beaucoup aux manifestations cardiaques de l'épuisement sympathique. Ce n'est que par un examen attentif et prolongé que l'on pourra éviter l'erreur. Quant à l'*angine de poitrine* associée à une affection de structure du cœur ou de l'aorte, l'auscultation et la percussion viendront à notre secours et la question sera plus facilement tranchée.

L'histoire du cas suffira généralement à nous faire distinguer la neurasthénie des diverses manifestations hystériques. L'absence de boule hystérique, de convulsions et d'attaques pérorystiques distinctes nous aideront encore. Il est rare que l'on rencontre dans la neurasthénie cette tympanite excessive particulière à l'hystérie. Les vertiges, l'insomnie, et autres troubles sensitifs que nous venons d'étudier n'appartiennent pas à cette dernière maladie, si ce n'est l'analgésie et l'anesthésie cutanée. Les perturbations de diverse nature que l'on remarque dans l'hystérie y offrent un caractère plus aigu, si je puis parler ainsi, et leur intensité est plus grande. La sensibilité parfois exquise que les malades accusent dans la région des ovaires se montre aussi parfois dans la neurasthénie, mais sans

coup plus rarement que dans la passion hystérique. Disons enfin que la neurasthénie est plus fréquente chez l'homme. Il n'y aurait de véritable difficulté de diagnostic que dans le cas où les deux maladies se compliquent l'une l'autre.

On ne confondra pas le vertige épileptique avec celui de l'épuisement cérébral par le fait de la quasi continuité de celui-ci comparée à l'intermittence souvent considérable du petit mal; celui-ci ne se montrant, surtout au début, qu'à de rares intervalles, et le patient étant souvent le dernier à s'en apercevoir.

Le vertige stomachal est plus passager que celui de l'asthénie cérébrale, et n'est pas accompagné des phénomènes propres à cette dernière maladie.

Il importe principalement de bien établir le diagnostic entre la neurasthénie cérébrale ou spinale, et les maladies organiques du cerveau ou de la moëlle épinière. Les symptômes des maladies organiques sont ordinairement stables et fixes, ce qui contraste évidemment avec les troubles transitoires, récurrents, météoriques et intermittents de la neurasthénie. Les maladies organiques se montrent avec une égale fréquence chez les deux sexes, et notamment chez les individus arrivés à un âge assez avancé. On sait que l'asthénie nerveuse est plus fréquente entre 20 et 40 ans, de fait, prédomine chez le sexe masculin, et se montre plus particulièrement chez les sujets à tempérament nerveux. Certains symptômes de la neurasthénie n'appartiennent pas à l'histoire clinique des maladies de structure des centres nerveux, et l'on mentionne entre autres ce prurit général ou local qui se manifeste sans qu'il y ait aucune maladie de la peau et qui parfois précède l'anesthésie cutanée, le désir immodéré des liqueurs alcooliques et des substances narcotiques, la migraine, etc., etc.

On aura soin de distinguer la cérébrasthénie du ramollissement cérébral qui offre une marche différente, est l'apanage des individus âgés, et est accompagné de troubles intellectuels bien définis, ainsi que de symptômes franchement paralytiques.

Le *mal de Pott* est propre aux constitutions lymphathiques, tuberculeuses, ou tout au moins scrofuleuses, et se manifeste chez les sujets dont la santé générale est plus ou moins profondément altérée.

Enfin, la *sclérose postérieure de la moëlle* ne pourra pas être confondue avec la neurasthénie spinale qui n'offre pas parmi ses symptômes l'incoordination des mouvements, les troubles d'équilibre amenés par l'occlusion des yeux, les paralysies oculaires et la durée très prolongée des accidents, troubles que l'on voit si fréquemment chez les ataxiques.

PRONOSTIC.—On a dit que, non traitée, la maladie pouvait amener dans les divers appareils affectés d'épuisement le ramollissement ou quelque lésion nutritive analogue. D'autres l'ont nié. Jusqu'ici l'anatomie pathologique ne nous a pas suffisamment renseignés sur ce fait que nous avons discuté il y a un instant. Du reste, la nature pénible des symptômes de cette maladie indique assez que les malheureux qui en sont atteints ont droit à toute la sollicitude du médecin. Pour ma part, je regarde la neurasthénie, dans ses phases avancées, comme grave, sinon pour la vie elle-même, du moins pour le repos et le bien être de l'individu. Le pronostic variera avec la sévérité de l'affection, la plus ou moins grande tendance héréditaire du sujet, l'action passagère ou prolongée de la cause première, et surtout la plus ou moins grande docilité du sujet à suivre les avis de son médecin.

TRAITEMENT.—Dans cette maladie comme dans toute autre, et peut-être davantage encore, les *mesures prophylactiques* sont de première nécessité. On devra donc veiller à enlever toute cause existante, ou, au moins, à en atténuer les effets autant que possible. Pour y venir là, on prescrira d'abord, et ceci s'applique principalement aux cas de cérébrasthénie, le repos mental le plus absolu. Ce repos est une condition *sine qua non* du succès thérapeutique. Il devra être, s'il le faut, prolongé pendant des mois et des années, et il sera souvent nécessaire, pour obtenir ce repos mental, de prescrire le travail physique ou au moins un exercice actif. Cet exercice, éminemment utile aux individus frappés de cérébrasthénie ne saurait convenir aux *myclasthéniques*. Ceux-ci se trouvent toujours mieux du repos physique, que l'on prolongera autant que faire se pourra. Pour eux aussi le repos de l'esprit sera moins impérieusement commandé. Le repos physique des *myclasthéniques* est quelque fois d'un besoin rigoureux. Le docteur Mitchell a même suggéré, en certains cas, de garder le malade au lit pendant un temps assez long.

Le patient évitera également les veilles prolongées, les écarts de régime, les excès sexuels, la masturbation, ainsi que l'abus du tabac et des narcotiques. Quelquefois il deviendra urgent de proscrire l'usage de ces substances, même en très petite quantité. Quant à l'abus des fonctions sexuelles, je ne saurais trop insister sur la nécessité qu'il y a de le réprimer. On ne devra pas s'attendre à la moindre amélioration des symptômes tant que les mauvaises habitudes que j'ai signalées ne seront pas totalement mises de côté.

Ces mesures préventives, jointes à un régime sain, à de longues vacances passées soit au bord de la mer, soit dans les mon-

tagnes, à l'usage journalier des bains frais, constitueront le traitement dit hygiénique. Je n'ai qu'à me louer de l'emploi des bains frais dans cette maladie. Chaque fois que je les ai prescrits et que les malades ont eu la persévérance d'en continuer l'usage pendant un certain temps, j'en ai retiré les services les plus signalés. C'est ici que conviendront spécialement les douches froides et le bain d'orage. Une douche froide dirigée sur tout le parcours de la colonne vertébrale sera particulièrement utile aux personnes souffrant d'épuisement spinal. On devra y joindre des frictions légères d'abord, puis plus énergiques au moyen d'une brosse. Ce que je viens de dire des bains frais je le dirai aussi des bains de mer. "L'eau de mer agit, dit Becquerel, par le mouvement des vagues et la stimulation cutanée qui en résulte, ainsi que par les sels qu'elle tient en dissolution et dont une partie est absorbée par la peau en même temps que l'eau. Elle est en outre beaucoup plus tonique et stimulante que l'eau de rivière... La mer agit, enfin, par son atmosphère saline..." (1)

La nourriture du malade devra être abondante et variée, consistant en plusieurs espèces de mets: viandes, œufs, fruits, poisson, et lait quand on peut se le procurer à l'état de pureté. Il est absurde de croire que le poisson soit plus spécialement employé à la nutrition du cerveau et que, comme on l'a prétendu, les mangours de poisson soient plus intelligents que d'autres. Cette erreur a été émise, je crois, par M. le professeur Agassiz, de l'université Harvard.

Les neurasthéniques sont moins exposés au danger de manger trop qu'à celui de manger trop peu. Même quand il y a dyspepsie nerveuse, on devra enjoindre au patient de faire des repas fréquents et aussi succulents que possible. Parfois il sera bon pour lui de manger très souvent pendant la journée, prenant également soin de ne pas remplir l'estomac outre mesure, et de ne jamais le laisser vide. Tout dernièrement encore j'ai prescrit à un neurasthénique souffrant de dyspepsie nerveuse et qui est obligé de se coucher assez tard, j'ai prescrit, dis-je, une légère collation à prendre quelques minutes avant le moment où il se met au lit, et j'en attends les meilleurs résultats.

Quelque salubre que soit pour les malades le régime alimentaire et hygiénique ci-dessus indiqué, il pourra se faire qu'ils n'en bénéficient pas ou presque pas dans le temps même où ils sont à voyager ou à prendre leur vacance. Ce n'est qu'à leur retour ou au moment où ils voudront reprendre leurs occupations qu'ils verront jusqu'à quel point l'état de leur

(1) Becquerel, traité d'hygiène.

système nerveux s'est amélioré. Les effets rétrospectifs du régime en question sont bons à noter, de même que ceux du traitement par l'électricité.

Le *traitement moral* devra recevoir aussi de la part du praticien la plus sérieuse attention surtout dans les cas d'épuisement cérébral.

Règle générale, le malade ne devra pas rester seul, et, s'il voyage, il sera bon de lui trouver un compagnon. Souvent on devra lui donner la plus grande assurance possible de guérison, et même aller jusqu'à lui promettre celle-ci pour un temps spécifique, en un mot le traiter sur ce point comme on traite un dyspeptique ou un hypochondriaque. On ne saurait calculer tout l'effet que peut avoir sur le système nerveux épuisé d'un malade de ce genre l'assurance de sécurité que son médecin pourra lui donner. Ce n'est pas à dire que la neurasthénie soit une maladie d'imagination, ou une simple illusion, mais certains de ses symptômes sont purement fonctionnels, il n'y a pas à en douter, et leur intensité s'accroît encore proportionnellement à l'appréhension qu'en a le patient lui-même.

Pour ce qui est du *traitement médical*, il comprendra l'usage des toniques généraux, surtout s'il y a anémie, et aussi, dans ce cas, les amers, les ferrugineux et l'huile de foie de morue. Mais l'administration du phosphore et de ses composés, l'application de l'électricité dynamique, voilà les deux plus puissants moyens que nous avons pour combattre la neurasthénie.

Le traitement par les substances phosphatées est fondé sur le fait si bien connu que le phosphore entre pour une grande proportion dans la composition des centres nerveux et convient à l'épuisement de ceux-ci comme les préparations martiales conviennent à l'anémie. Si le phosphore en nature peut être facilement supporté par l'estomac, on le prescrira avec avantage, mais on devra rarement débiter par une dose plus élevée que un-centième de grain, et toujours en surveiller les effets. Les hypophosphites sont plus généralement administrés que les phosphates, vu leur dissolution plus prompte dans les sucs gastriques et intestinaux, leur moindre stabilité et leur absorption plus rapide, mais il est encore une autre raison à cette préférence. Il est admis que le phosphore ne passe dans la circulation qu'après s'être préalablement oxydé, chose qui lui est facile, vu sa grande affinité pour l'oxygène. L'oxydation du phosphore, (acide hypophosphoreux) est suivie de près par sa combinaison avec les bases qu'il rencontre et par la formation d'hypophosphites. C'est à l'état d'hypophosphite que le métal lourd va nourrir et stimuler les centres nerveux. Son oxydation

ultime dans les capillaires du cerveau et de la moëlle le convertit en phosphate qui, lui, est éliminé du système et que l'on retrouve dans l'urine, et plus abondamment dans celle des personnes qui se livrent aux travaux de l'esprit. Ce dernier fait est connu de tous. On voit donc tout l'avantage qu'il y a à donner la préférence aux hypophosphites ou aux phosphures. Les hypophosphites de chaux, de soude, de potasse et de zinc sont les plus usités. Ce dernier sera surtout très utile en égard aux propriétés calmantes de sa base. Il faudra avoir soin de se procurer ces préparations à l'état de pureté et ne les administrer qu'à petites doses, vu la petite quantité qui en est absorbée à la fois, sans qu'il faille pour cela tomber dans l'homœopathie. Le pain de son, (*brown bread*) contenant une certaine proportion de substances phosphatées constituera aussi un excellent article de diète.

Si les symptômes paralytiques l'exigeaient on pourrait administrer la strychnine ou la noix vomique. Mais pour combattre les paralysies complètes ou incomplètes, de même que contre les diverses formes de l'hyperesthésie et de l'anesthésie, on se trouvera infiniment mieux de l'électricité. Cet agent est, à la fois, un calmant et un stimulant du système nerveux, comme tout le monde le sait. Il ne faudrait pas en commencer l'usage dès le début du traitement, surtout si nous avons affaire à un cas d'épuisement compliqué d'hypoglobulie. Nous devons d'abord faire disparaître l'anémie, tonifier le système par l'emploi des ferrugineux, amers, acides minéraux, extrait de malt, coca, etc., et donner à la substance nerveuse la nourriture qui lui convient en administrant les hypophosphites, l'huile de foie de morue, etc. Une fois l'altération nutritive du système disparue, nous nous adressons à l'élément fonctionnel qui souvent se sera déjà, par les mesures précédentes, singulièrement amélioré.

Quelques médecins emploient indifféremment la galvanisation ou la faradisation, tandis que d'autres préfèrent l'une ou l'autre, ou les emploient alternativement. Il semble plus rationnel d'avoir recours à la galvanisation avant d'essayer le courant induit. Quelque soit le courant dont on fasse usage, il devra d'abord être faible. A mesure que le mieux s'accroît, on augmente la force du courant. Dans les cas d'analgésie et d'anesthésie de la peau, un des réophores est appliqué sur un endroit quelconque du rachis, ou placé tout simplement dans une des mains du patient, tandis que l'autre, muni d'une éponge mouillée d'eau acidulée est promené sur la surface qu'il s'agit d'électriser. Pour l'anesthésie des muqueuses on se sert de réophores *ad hoc*.

On retirera de grands avantages de la *métallothérapie* dans.

le traitement de ces anesthésies cutanées. Burg et Charcot l'ont expérimentée sur un grand nombre de sujets, et les résultats qu'ils publient sont très satisfaisants. La *métallothérapie* consiste dans l'application sur la surface anesthésiée de disques métalliques unis les uns aux autres. Le courant imperceptible qui s'établit alors suffit à produire l'effet voulu. "Ainsi, disait la *Gazette Médicale* de Paris (février 3 et 10, 1877) "quand, par exemple, un certain nombre de pièces de vingt francs sont appliquées sur un membre anesthésié, la sensibilité reparait au bout de 15 ou 20 minutes." L'or, le zinc et le cuivre sont les métaux les plus généralement usités; chacun d'eux produira ses effets suivant les cas et les sujets. Certains malades n'éprouvent aucun effet des applications de pièces d'or, qui en éprouvent de très marqués si on se sert de plaques de cuivre ou de zinc, et vice-versà.

Une autre méthode d'appliquer l'électricité dynamique au traitement des anesthésies cutanées est l'emploi de la brosse volta-électrique qui consiste en une brosse munie de fils de cuivre en guise de poils, et dont l'intérieur est garni d'une pile voltaïque. On en fait des frictions sur les surfaces malades. Au reste, concurremment avec l'usage de l'électricité, il est bon de prescrire des frictions sèches ou humides avec une brosse ordinaire.

Au traitement de l'épuisement cérébral s'applique plus particulièrement le bain galvanique. Il n'est pas bon, on le conçoit, de soumettre le cerveau à un courant direct trop intense. D'un autre côté, si on fait usage de courants affaiblis, par les moyens ordinaires de galvanisation, il est peu probable que le cerveau soit mis sous l'influence de ces courants. On atteindra le but désiré au moyen du bain galvanique, dans lequel le cerveau subit une influence indirecte ou réflexe de tous les points de la périphérie, et, en même temps, par les courants induits, une influence directe *modérée* que l'on peut régler à volonté non seulement en modifiant l'intensité du courant, mais aussi, en établissant une communication plus ou moins parfaite entre l'occiput et l'eau du bain. "Le fait que dans ce bain aucun organe du corps n'est soustrait à l'influence électrique est très important dans le traitement des troubles fonctionnels des organes animés par le pneumogastrique et le grand sympathique. Ainsi certains symptômes dyspeptiques, la torpeur du foie, l'irrégularité d'action du cœur, etc., sont, en règle générale, rapidement soulagés." (1)

(1) Cerebral exhaustion with reference to its galvano-balneological treatment, by G. M. Schweig, M. D.

Les bons effets des applications électriques se feront peut-être attendre quelque temps, quel qu'ait été le mode d'administration de ce puissant agent, et la même remarque s'applique également aux autres mesures thérapeutiques que j'ai énumérées, mais on ne devra jamais perdre de vue que la persévérance dans l'emploi de ces divers agents est d'une extrême nécessité. Ce n'est que par la persévérance que l'on pourra réussir à maîtriser la maladie. On sait d'ailleurs que dans celle-ci la guérison doit être essentiellement lente et graduelle.

Les bromures, si vantés dans le traitement des affections nerveuses, ne paraissent pas être appelés à rendre ici de grands services. L'expérience que j'ai de leur emploi me force d'en venir à la conclusion qu'ils sont non seulement inutiles dans la généralité des cas, mais encore nuisibles bien souvent, et que leur emploi est, pour le moins, irrationnel dans la thérapeutique de la neurasthénie.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET CLINIQUE MÉDICALES.

Du traitement thérapeutique des tuberculeux; par le professeur PETER, médecin de la Pitié.—*Suite*—Maintenant je voudrais vous parler de la *toux* des tuberculeux, de ses formes, de sa nature et des moyens à employer pour la combattre.

La toux, voilà, s'il en est un, le phénomène réflexe. Une première espèce de toux est provoquée par la présence de la granulation qui détermine une irritation de voisinage; mais, comme la granulation ne peut être expectorée, c'est là une *toux sèche*, sans résultat, sans but utile.

Plus tard, à la période de congestion périphymique; plus tard encore, à la période de ramollissement, il y a un produit morbide à rejeter; la toux n'est plus un non-sens. À l'irritation se joint, comme raison de cette toux, un but à atteindre, un produit à rejeter.

Quoi qu'il en soit, il y a fatigue du malade dans les deux cas, et cette fatigue est à la fois directe et indirecte. L'individu qui tousse se fatigue *directement*, absolument comme se fatigue le portefaix qui scie du bois ou qui monte de l'eau à un cin-

quième étage; puis il se fatigue *indirectement* par défaut de réparation: le scieur de bois et le porteur d'eau ont, pour se refaire, le repos de la nuit; le tousseur, lui, dort peu et dort mal; il ne répare pas.—Son état est donc grave, et il est bon de faire en sorte de diminuer la fréquence et l'intensité de ses accès. Quand la toux est sèche, vous n'avez à combattre que l'élément nerveux; quand elle a pour but l'expectoration, vous avez en outre à amoindrir la sécrétion morbide.

En général, c'est la narcotisation qu'on emploie contre la toux, mais on l'emploie à des doses "assommantes". Le malade, terrassé par 5 centigrammes, 10 centigrammes même d'extrait d'opium, ne tousse plus la nuit, c'est évident. Mais il se réveille le lendemain matin narcotisé encore, et il a perdu l'appétit, et il est plongé dans l'état nauséux, et ses sueurs sont augmentées; vous avez commis une mauvaise action thérapeutique.

Ou encore, vous donnez la morphine à doses corrélatives. Puis, la tolérance s'établit; vous doublez la dose, vous la triplez, et vous faites de plus en plus mal.

Il est cependant bon d'employer l'opium, mais d'une certaine façon et en l'associant à quelqu'autre agent. Or, il est un anti-spasmodique par excellence, la belladone; eh bien! c'est celui-là qu'il faut associer à l'opium.

A l'exemple de Tronseau, je donne l'opium à petites doses, et à plus petites encore la belladone; attendu qu'ou ne sait jamais jusqu'à quel point peut être portée la susceptibilité de certaines personnes à l'égard de ce dernier médicament. Pour l'opium d'ailleurs, l'inconvénient est mince; un peu de narcotisme n'a rien d'effrayant: au contraire, l'angine belladonique, les troubles de la vision, les vertiges, les hallucinations, forment un cortège passablement effrayant, et qui engage fortement votre responsabilité.

Je donne donc régulièrement contre la toux, qu'elle soit suivie ou non d'expectoration, d'abord une ou deux pilules contenant chacune 1 centigramme d'extrait d'opium et un demi-centigramme d'extrait de belladone; puis, j'augmente la dose, s'il n'y a pas d'effet produit: ce qui est le pire qui puisse arriver, mais ce qui n'effraye pas les malades comme pourraient le faire des accidents belladoniques.

Eh bien! vous voyez se produire chez tous les malades un effet favorable plus ou moins complet. Laissez-moi vous parler tout de suite du n° 26 qui est arrivé ici dans un état déplorable et que la toux empêchait de dormir depuis près de trois mois. Hier, je lui ai fait donner deux des pilules en question le soir, et cette nuit il n'a presque pas toussé, et il a dormi pour la première fois depuis longtemps.

Je vous ai dit que, dans le cas d'expectoration, il y avait une autre indication, qui était de diminuer, sinon de tarir la sécrétion de la muqueuse enflammée dans le voisinage des granulations; or, on sait que les balsamiques ont cet effet. Je donne habituellement le sirop de Tolu associé au sirop de térébenthine à la dose de 20 grammes de chacun, et le résultat est également de diminuer la toux.

Je ne suis pas arrêté ici parce qu'on a dit de l'antagonisme de l'opium et de la belladone. Si l'opium rétrécit les pupilles que dilate la belladone, si l'un est l'antidote de l'autre, il ne s'en suit pas que chacun de ces médicaments ne puisse, en cas de maladie, s'adresser à des éléments morbides différents. On a fait ici ce paralogisme qui consiste à conclure de l'homme sain à l'homme malade; ou encore, ce qui est plus illogique, de la grenouille à l'homme! de la grenouille en bonne santé à l'homme en état de maladie! En réalité, la belladone s'adresse ici l'élément spasmodique de la toux chez le tuberculeux, comme elle fait chez le malade atteint de coqueluche.

Nous avons au n° de la salle Saint-Charles une jeune tuberculeuse, âgée de vingt-deux ans, toussant depuis plus de six mois, ayant depuis quinze jours surtout de la dyspepsie, de la perte des forces et de l'amaigrissement. Il y avait de l'anorexie, de la pesanteur d'estomac après les repas, et la nuit des quintes de toux très-pénibles. Comme signes physiques, on trouvait de la submatité et de la respiration saccadée avec quelques craquements aux deux sommets. Le traitement, à l'entrée de la malade à l'hôpital, le 15 février, avait consisté en badigeonnages à la teinture d'iode aux deux sommets en arrière, en macération de quassia amara sucrée avec du sirop d'écorces d'oranges amères; je lui avais fait donner de plus deux gouttes d'acide chlorhydrique dans deux cuillerées d'eau sucrée à la fin du repas; et enfin, contre la toux, 0 centigrammes d'extrait thébaïque en quatre pilules. Au bout de trois jours, la malade avait un peu plus d'appétit et digérait plus facilement; mais la toux persistait. Je fis ajouter un quart de centigramme d'extrait de belladone à chaque pilule d'extrait thébaïque, et la malade prit deux de ces pilules seulement, dont chacune contenait un demi-centigramme d'extrait thébaïque et un quart de centigramme d'extrait de belladone.

Au bout de trois jours, le 18 février, la malade toussait moins, respirait plus facilement, avait recouvré l'appétit et digérait bien. Le 1er mars, la malade a un peu toussé la nuit. Elle prend quatre des pilules en question au lieu de deux. Elle cesse presque de tousser et sort améliorée quant à son état général, sur ce motif qu'elle n'est pas assez bien traitée à l'hôpital.

Chez un malade couché au n^o 48 de la salle Saint-Paul, qui toussait beaucoup et quinteusement chaque nuit, je fis donner quatre de ces pilules contenant en réalité 2 centigrammes d'extrait thébaïque et 1 centigramme d'extrait de belladone; et le malade nous dit le matin avoir toussé tout autant. Le lendemain, il en prit six, il ne toussa pas, mais eut des nausées. A partir de ce jour, il ne prit plus que deux de ces pilules et continua à ne pas tousser la nuit jusqu'au milieu du mois de mai, où il quitta le service pour retourner dans son pays.

Ces pilules ne sont pas seulement bonnes en cas de toux quinteuse provoquée par les granulations tuberculeuses, elles réussissent encore dans certains cas de bronchite chronique. Ainsi, chez un vieillard de soixante-dix-huit ans, atteint de catarrhe bronchique qui occasionnait, surtout la nuit, d'interminables quintes de toux, l'usage de pilules contenant 2 centigrammes et demi d'extrait thébaïque et moitié moins d'extrait de belladone produisait le même effet sédatif. Chaque fois que ce malade se couchait le soir ou se réveillait la nuit avec des dispositions à tousser, il prenait une de ces pilules; la toux cessait et le repos de la nuit était assuré; le résultat de l'emploi de ces pilules fut même tel que la toux cessa pour tout l'été.

La toux des tuberculeux n'est pas toujours de même origine. Ils toussent pour rejeter le produit morbide dont la présence irrite les voies respiratoires, mais ils toussent aussi et vomissent; or ce sont là deux ordres de toux différents.

La première nous paraît fort naturelle; nous l'entendons sans y prêter autrement d'attention. Si cependant nous examinons son mode de production, nous voyons que l'irritation porte évidemment sur des régions qu'animent des filets de pneumogastrique respiratoire, et retentit, de ces filets terminaux, sur des branches nerveuses d'origine toute différente, qui animent des muscles inspirateurs; d'où l'effort de toux, lequel est un effet protecteur dont l'expulsion du corps irritant est la cause finale.

Voyons maintenant la toux avec *vomissement*: pour être un peu plus complexe, le mécanisme n'en est pas moins à peu près le même. Des branches terminales du pneumogastrique sont également irritées, seulement ce ne sont plus celles qui animent la muqueuse bronchique, mais celles qui se rendent à la muqueuse de l'estomac devenue spécialement irritable. Et alors ce n'est plus un produit morbide qui joue le rôle de corps irritant, ce sont les aliments ingérés. Le résultat est d'ailleurs absolument le même; c'est un effort de toux, et cet effort de toux, dans ce cas-ci comme dans l'autre, a pour but d'amener le jet du corps irritant. Tout à l'heure, le corps irritant

siégeait dans les voies respiratoires, il y avait expectoration; maintenanant il siége dans l'estomac, il y a vomissement. Tout à l'heure le corps rejeté était un produit morbide, l'acte était salubre; maintenant le corps rejeté est l'aliment, et l'acte est éminemment malsain, puisqu'il tarit la source même de toute réparation.—*Bulletin général de Thérapeutique médicale et chirurgicale.*—(A continuer.)

—

De la température dans les maladies, au point de vue du Diagnostic et du Pronostic. — Pour être traité comme le mérite son importance, ce sujet demanderait des développements que ne comporte pas un simple article du journal: aussi, sera-t-il, à notre grand regret, forcément bien écourté et bien incomplet; nous espérons, néanmoins, qu'il pourra présenter intérêt et utilité pour ceux de nos lecteurs qui ont quitté les bancs de l'école et la salle de l'hôpital depuis quelques années, alors que l'on ne prenait que bien peu d'observations thermométriques.

Combien de fois le praticien n'est-il pas dans le plus sérieux embarras alors que, appelé au début d'une maladie, il ne trouve comme symptôme que de la fièvre, et qu'il doit, néanmoins, sous peine de compromettre sa réputation, répondre aux questions pressées du malade ou de sa famille. On lui pardonnera quelquefois de ne pas préciser, jamais on ne l'excusera d'avoir annoncé une maladie lorsqu'il s'en déclarera une autre. Souvent ce qui lui importera le plus, c'est de pouvoir dire avec un degré de certitude presque absolu:

“Ceci n'est pas une fièvre typhoïde; il n'y a pas à craindre de contagion, etc.” La marche de la température pourra, dans un grand nombre de circonstances, éclairer le diagnostic de la façon la plus heureuse, et nous conseillons à nos confrères d'avoir constamment dans leur trousse un petit thermomètre médical, et de s'en servir.

A l'état normal, la température de notre corps est à peu de chose près constamment la même, quelle que soit celle du milieu dans lequel nous sommes plongés. L'homme et les animaux supérieurs ont une température fixe; on dit qu'ils sont à sang chaud par opposition aux êtres dont la température est variable, élevée seulement de quelques degrés au-dessus du milieu où ils vivent, et qui sont improprement appelés animaux à sang froid. La température normale de l'homme, prise dans l'aisselle, est de 37° 2 à 37° 5. Elle peut, à la suite de grands efforts musculaires, ou pendant le travail de la digestion, mon-

ter à 37° S; mais jamais elle n'atteint 38°, à moins d'état fébrile.

Pour constater cette température, il faut placer dans l'aisselle du patient le thermomètre médical à mercure, gradué sur tige, en degrés et cinquièmes ou dixièmes de degrés. On l'introduit bien au fond de l'aisselle on fait ployer les bras par-dessus, et on l'y laisse au moins 10 minutes.

Dans les hôpitaux, on l'introduit souvent dans le rectum des malades ou à l'intérieur du vagin chez les femmes. Nous savons trop bien que, dans la pratique civile, cette façon de procéder ne saurait être adoptée que dans des cas tout à fait exceptionnels. Il faudra avoir soin de se servir toujours du même thermomètre pour chaque malade, et de procéder toujours de la même manière, afin d'avoir des résultats comparables.

Il est aussi nécessaire de faire deux observations par jour, une le matin et une le soir; le mieux est d'en marquer le résultat par la méthode graphique, c'est-à-dire sur une feuille de papier quadrillé au moyen de lignes horizontales et de lignes verticales. Les lignes horizontales indiquent les degrés ou fractions de degrés, et les lignes verticales correspondent aux époques d'observation, généralement à raison de deux lignes par jour, l'une pour le matin, l'autre pour le soir. Voyons comment vont se comporter les tracés graphiques de la température dans les diverses maladies.

1° Si la température, partant de 37° 5, monte brusquement, continuellement, régulièrement sans point d'arrêt ou de régression, en quelques heures ou un jour et demi, c'est qu'on a affaire à une fièvre éruptive, à une fièvre intermittente, ou à une pneumonie.

(a) Si la température monte en quelques heures, à 41° par exemple, et redescend vers la cinquième ou sixième heure à la température normale, c'est qu'il s'agit d'une fièvre intermittente.

(b) S'il s'agit d'une pneumonie à marche régulière et terminée par la guérison, la température se maintiendra du troisième au sixième jour entre 39° 5 et 40° 1, et il y aura une descente brusque vers le sixième jour, ou la température retombera au degré normal. L'élévation de température se maintiendra si la terminaison doit être funeste. Chez les jeunes enfants opérés de la trachéotomie, l'élévation de la température à 40 ou 41° indique le plus souvent la complication d'une pneumonie qui emporte le malade.

(c) Les diverses fièvres éruptives seront chacune caractérisées par la marche spéciale de la température.

Dans la scarlatine, l'ascension est fort rapide, brusque; la température monte en un ou deux jours à 40 et même 41° 5.

diminue après l'apparition de l'éruption, en ne présentant plus que des exacerbations le soir.

Dans la *rougeole*, la température monte plus lentement et moins haut; elle descend lorsque l'éruption s'est effectuée.

Dans la *variole vraie*, non modifiée par le vaccin, elle monte pendant deux ou trois jours de 38° à 40° ou 41° et redescend à 38° après l'éruption. Au moment de la suppuration, la température s'élève de nouveau.

L'érysipèle se comporte au point de vue de la température comme une fièvre éruptive; il se rapproche de la scarlatine en ce sens que la montée peut être rapide et élevée, mais ne reste que peu de temps stationnaire. On ne constate quelquefois qu'une élévation de température *toute passagère*, qui ne manque jamais: d'où la nécessité de prendre la température plusieurs fois par jour.

2° Si la température augmente graduellement, mais d'une façon régulière pendant 5 à 9 jours; c'est-à-dire, si elle augmente de jour en jour, tout en présentant une diminution moins grande que l'augmentation qui surviendra le soir, c'est qu'on a affaire à une fièvre typhoïde. Wunderlich, qui a mis fort en honneur l'étude des températures dans les maladies, pense que: *Toute maladie qui, au premier ou au second jour, offre déjà une température de 40° n'est pas une fièvre typhoïde. Toute maladie qui, au soir du quatrième jour, n'a pas atteint 39° 5 n'est pas une fièvre typhoïde.* Vers le huitième jour, elle reste de neuf à vingt jours, aux alentours de 40° et présente toujours le matin des rémissions qui peuvent atteindre 1° 5 et même 2°.

Tandis que, dans la fièvre typhoïde, l'augmentation de fréquence du pouls est en rapport avec l'élévation de la température, dans la *méningite* le pouls peut rester lent, tandis que la température est très-élevée.

3° Si la température s'élève graduellement, mais d'une façon irrégulière, s'il y a des intermittences et des arrêts dans sa marche ascendante, il est probable qu'il s'agit d'une maladie dont le cycle lui-même n'est pas régulier comme le rhumatisme articulaire, les inflammations de la plèvre, du péricarde.

Au point de vue du *pronostic*, l'élévation de la température a une signification fâcheuse, lorsqu'elle se maintient un certain temps, ou atteint 41° 5, 42° et même 42° 4. On a, cependant, cité des cas extraordinaires où la température a pu s'élever à 45 et même 50°! et ne pas causer la mort (*Archives de médecine.*)

Dans certains cas, la marche de la température seule peut suffire à nous prévenir de la naissance de complications. C'est ce qui arrive dans la *pleurésie*, lorsqu'elle passe à la purulence, chez les blessés, après les opérations chirurgicales, etc.

Lorsque l'on emploie le pansement ouaté de M. A. Guérin, par exemple, en prenant exactement la température du malade, on est complètement renseigné sur ce qui se passe au-dessous de l'épaisse couche d'ouate dont le membre est recouvert.

Ajoutons encore que l'augmentation de température ne peut être ni simulée ni dissimulée, qu'elle permet de se rendre compte de l'effet d'un médicament, et dicte, dans certains cas, le pronostic et le traitement. Plusieurs savants confrères sont, en effet, d'avis que, dans un certain nombre de maladies, la fièvre typhoïde, le rhumatisme cérébral, par exemple, c'est surtout l'exagération de la température, l'*hyperthermie* qui détermine la mort du malade, d'où l'indication de lui soustraire une partie du calorique qu'il produit au moyen de lotions ou de bains froids.

Au moment de l'agonie, la température s'élève généralement beaucoup, sauf, cependant, dans les affections consomptives chroniques; même après la mort, elle peut continuer à s'accroître pendant une heure ou deux, dans certaines maladies surtout, comme la variole (si le décès a lieu dans les premiers jours), le choléra, les fractures du crâne sans plaie extérieure, etc.— Nous nous rappelons fort bien qu'étant, il y a une dizaine d'années, interne à l'hôpital Lariboisière, le garçon d'amphithéâtre, qui prenait très-exactement et avec un zèle particulier la température de tous les cadavres, immédiatement après la mort, était arrivé à faire parfois de cette façon des diagnostics fort surprenants, surtout lorsqu'il s'agissait d'un blessé apporté sans connaissance à l'hôpital et mort sans avoir pu donner aucun renseignement.—*Revue de Thérap. Méd. Chirur.*

Saignée Historique.—Le traitement de la pneumonie a beaucoup varié suivant les époques, et a passé par des vicissitudes en rapport avec l'état de la médecine. Depuis les temps hippocratiques jusqu'à nos jours, ou plutôt jusqu'à la fin du siècle dernier, la saignée était pour ainsi dire le seul remède universellement adopté, et un médecin alors, n'aurait jamais osé sortir sans sa lancette, dont il fait à peine usage aujourd'hui; tout au plus discutait-on sur la quantité plus ou moins considérable de sang qu'il convenait de tirer, ou sur l'époque la plus favorable. La pneumonie était le type des affections inflammatoires, et la saignée l'antiphlogistique par excellence. A côté de ceux qui n'employaient ce moyen héroïque qu'avec modération, il y avait les systématiques, les outranciers de la

phlébotomie. Ce n'est guère qu'au siècle dernier, alors que l'on s'occupait un peu plus de la localisation des maladies qu'on commença sérieusement à discuter cette manière de faire.

Dans la première moitié de ce siècle, celui qui tenait le sceptre de la médecine française et qu'elle s'honore encore aujourd'hui d'avoir à sa tête, le professeur Bouillau, avait ainsi réglementé la saignée systématique :

Au premier jour d'une pneumonie d'intensité ordinaire, on faisait deux saignées de trois ou quatre palettes, une le matin, une le soir, et dans l'intervalle on appliquait des ventouses scarifiées; au deuxième jour, une ou deux autres saignées, et applications de sangsues; au troisième jour, encore une saignée, la maladie devait à ce moment être jugulée. Si, comme on le pensoit bien, elle ne l'était pas toujours, on réitérait encore la saignée le quatrième ou même le cinquième jour, et si la toux et la fièvre persistaient, on appliquait un large vésicatoire. Tel était le traitement classique à peu près invariable qui était appliqué de 1825 à 1840. A ce moment, tout le monde saignait, et Anral, Louis, Chomel, qui étaient les adversaires de la méthode trop absolue de Bouillaud, acceptaient néanmoins la phlébotomie. Louis déclarait même que la statistique démontrait que les émissions sanguines avaient une heureuse influence sur le traitement de la pneumonie.

Tartre stibié ou méthode contro stimulante. — Une autre grande méthode de traitement bien plus récente est celle qui fut introduite, à la fin du siècle dernier et au commencement de celui-ci, par le médecin italien *Rasori*. On voyait alors dans les maladies inflammatoires un excès de *stimulus*. *Rosari* adopta la méthode dite contro-stimulante par le tartre stibié. Au début, il faisait des saignées et même ne les ménageait pas; plus tard, il y renonça et n'employa plus que l'émétique. Les doses qu'il administrait dépassaient de beaucoup celles que nous donnons à nos malades: c'était depuis 1 gr. 20 par jour, jusqu'à 8 grammes, et même quelquefois 12, 40 et 60 grammes! En agissant ainsi, on arrivait à de véritables intoxications par le tartre stibié; mais *Rasori* y avait été encouragé par une statistique de 76 cas ne donnant que 9 décès. Il fut suivi dans cette voie par divers médecins italiens: *Thomasini*, *Giacomini* et par *Péquier* de Genève qui la fit connaître en France.

Dans notre pays, nous pouvons nous rendre cette justice, les exagérations ne sauraient durer longtemps; la conclusion qu'on tira de la pratique de *Rasori* fut que la saignée coup sur coup n'était pas indispensable, et que les contro-stimulants avaient du bon. *Laënnec*, dont l'autorité à cet égard était si incontestable, formula ainsi un traitement mixte: 1o. Une saignée de

trois ou quatre palettes (300 ou 400 gr.), au début, rarement il convenait de la reiterer, 2o. une potion de 5 centigrammes de tartre stibié dans 70 grammes de véhicule et 15 grammes de sirop, administrée d'heure en heure, soit à raison de six fois par jour, environ 30 centigrammes d'émétique. La dose initiale était élevée à 7, 8 et 10 centigrammes d'émétique par heure, mais ne dépassait jamais 1 gr., 50 par jour. S'il y avait de la diarrhée, on y ajoutait 15 à 30 grammes de sirop diacode.

Expectation. — Enfin, survint une nouvelle période préparée déjà par la réaction qui s'était faite contre la saignée, et qui avait son origine dans les succès obtenus par l'homœopathie qui n'est en réalité que l'abstention déguisée. C'est à ce moment que Skoda, qui n'administrait qu'une simple tisane nitrée, en retirait d'excellents résultats; que Bennett d'Edimbourg n'avait, par l'usage d'une faible alimentation et d'une boisson légèrement alcaline, qu'une mortalité de 4, 76 %, et que, tandis que la saignée et le tartre stibié donnaient 20, 7 et 20, 4 % de mortalité, par l'expectation cette proportion tombait à 1/11, sur 750 observations. Déjà Legendre, en France, avait, vers 1859, préconisé l'expectation non-seulement chez les enfants, mais aussi chez les adultes. Il était tellement convaincu de la bonté de sa méthode, qu'il ne voulut pas être traité autrement lorsqu'il fut lui-même atteint d'une pneumonie double, à laquelle, du reste, il succomba. Chez les enfants, il était arrivé à n'avoir que deux décès sur 212 cas.

Medication alcoolique. — C'est en 1865 que Béhier inaugura en France le traitement de la pneumonie par l'alcool. Il y était encouragé par la pratique des Anglais, qui donnaient aux pneumoniques du vin, des toniques et de l'eau-de-vie en particulier. Ce fut lui qui introduisit l'usage de la potion de Todd, qui sur 36 pneumonies lui donna 29 guérisons.

Eclectisme actuel. — En France, les médications d'une seule pièce et uniquement basées sur des idées dogmatiques furent successivement écartées, et le bon sens prenant le dessus, on chercha à faire la part de chaque indication. Il est bien certain, en effet, qu'il n'y a pas de spécifique contre la pneumonie, et que tel médicament, efficace dans telle circonstance, peut être impuissant dans une autre; c'est une question d'indications et de contre-indications. Certes, nous aurions tort d'abandonner complètement tout le bagage passé, et tout ce que nous ont laissé nos devanciers, Mais peut-on juger la valeur d'un thérapeutique par des statistiques faites en masse? dans lesquelles toutes les variétés de forme de la maladie sont confondues? Assurément non. Ainsi, en 1875, à l'hôpital Cochin, sur 65 pneumoniques pris en bloc, il y eut 54 guérisons et 11 mors.

ce qui fait près de 17 %; mais si l'on décompose cette statistique, on voit que sur 25 malades qui avaient plus de cinquante ans, il y eut 15 guérisons et 10 morts, tandis que sur 40 n'ayant pas encore cinquante ans, il n'y eut qu'un décès et encore c'était un alcoolique. Dans la première catégorie, les résultats sont déplorables; dans la seconde, ils surpassent toute attente.

Ce que nous devons conclure, c'est qu'il n'y a pas de médicament ni de médication exclusifs; qu'il faut répondre autant que possible aux indications des circonstances, et traiter non les pneumonies, mais les pneumoniques.

Examinons maintenant rapidement quelles sont les diverses indications des différents traitements.

Dans quelles limites doit-on employer l'*expectation*? Il y a quelques années, en face de l'ensemble de symptômes dus au développement de la pneumonie, on n'eût jamais osé faire de l'*expectation*, cela nous eût presque semblé immoral. Et cependant nous sommes bien obligés d'en faire sans le vouloir, lorsque, par exemple, le malade nous arrive au cinquième ou sixième jour d'une pneumonie déjà en voie de résolution et n'ayant subi aucun traitement. Dans ces cas, où il y a eu non-seulement *expectation*, mais abstention complète, la résorption de l'épanchement se fait aussi vite, la guérison ne tarde pas plus que dans les autres. Ceux, en effet, que nous ne médiquons pas, nous ne laissons pas de les *soigner* par une hygiène bien entendue, par quelques tisanes qui facilitent la sudation, par une nourriture peu substantielle, par le repos au lit et la préservation contre les refroidissements. Si nous faisons de l'*expectation*, c'est lorsque la pneumonie devant avoir une marche cyclique, régulière, et affectant un individu sain d'ailleurs, il n'y a aucune raison spéciale de troubler son évolution, pas plus qu'on ne le fait pour la variole, la rougeole,

Et cette *expectation* médicale n'empêche nullement de soulager tel ou tel symptôme spécial, de prévenir telle manifestation morbide douloureuse, d'appliquer, par exemple, quelques ventouses scarifiées sur le côté douloureux, de donner une potion calmante si la toux est par trop fatigante.

En somme, l'*expectation* est applicable à la pneumonie franche, de médiocre intensité, se déclarant chez un homme sain, de bonne constitution.

L'abus de la *saignée* nous a mené trop loin lorsqu'il nous l'a fait abandonner complètement, à Paris, du moins. On dit, il est vrai, que nous ne sommes plus piéthoriques comme autrefois, et que nous formons une race d'anémiques; il est probable néanmoins que nous supporterions aussi bien la saignée que nos pères, si l'on nous y soumettait. Et il est certain, d'autre

part, que chez des hommes dans la force de l'âge, une saignée, au début d'une pneumonie, peut parfaitement en diminuer l'extension ultérieure, tout en procurant immédiatement un grand soulagement. Mais si nous sommes obligé d'être un peu avare de la saignée générale, assez mal accueillie par le public d'aujourd'hui, nous pouvons parfaitement employer les déplétions sanguines locales par les ventouses scarifiées ou les sangsues.

La soustraction de sang, par quelque mode que ce soit, a pour effet de diminuer la tension artérielle et de rendre la respiration bien plus libre. Une saignée de 400 à 500 grammes modifie avantageusement cet état de petitesse de pouls désigné sous le nom d'*oppressio virium*.

La méthode *contro-stimulante mitigée* est celle qui répond au plus grand nombre d'indications et qui constitue le mode de traitement le plus habituel; si l'on donne le tartre stibié par doses fractionnées de 1 à 5 centigrammes, la première fait parfois vomir, les autres agissent sur le pouls, la fièvre, la température qu'elles diminuent, la tolérance et l'abattement sont obtenus parfois dès la septième ou huitième heure. Il est bon alors de ne pas dépasser cette limite, car la prolongation de l'usage du tartre stibié jette parfois les malades dans une prostration réellement effrayante, semblable à une véritable intoxication.

Dans le même but, on a administré aussi la *vératrine* par pilules de 5 centigrammes (Aran, Vogt de Berne), mais son usage met les malades dans un tel état de faiblesse et est si mal supporté, qu'il ne semble réellement pas prudent d'avoir recours à cette médication.

La *digitale* et son extrait hydro-alcoolique (Duclos de Tours) a été et est souvent employée soit pure, soit combinée au kermès. On peut la donner aussi à la dose de 40 à 50 centigrammes de poudre par jour en infusion; elle produit des effets antipyrétiques et diaphorétiques d'une grande utilité, surtout dans les pneumonies catarrhales ou broncho-pneumonies.

La médication *tonique et alcoolique* est indiquée toutes les fois qu'il y a débilité de l'individu, chez les vieillards en particulier. Il convient de donner d'heure en heure des cuillerées d'un mélange d'un tiers d'alcool et de deux tiers de véhicule édulcoré. Tout spécialement, cette méthode doit être employée à l'exclusion des autres chez les alcooliques qui ont besoin de la stimulation dans laquelle ils sont ordinairement pour surmonter la maladie. Elle produit alors des résultats réellement merveilleux. Il est à remarquer du reste qu'il faut toujours un certain degré de force et d'énergie vitale pour résoudre une phlegmasie, et souvent la médication alcoolique sera avant

gement employée consécutivement à la méthode contro-stimulante et servira à relever le malade abattu par le tartre stibié.

Dans certaines formes bilieuses de la pneumonie, il peut, au début, y avoir une indication sérieuse d'un vomitif même lorsqu'on veut employer l'expectation. Les purgatifs, en général, ne sont pas indiqués; ils n'agissent que faiblement par la petite dérivation intestinale qu'ils effectuent.

Enfin, les *vésicatoires* ne conviennent point au début de l'affection; non-seulement ils ne font pas disparaître le point de côté comme les ventouses scarifiées, mais l'on observe, au contraire, après leur application, une exagération de la fièvre. Plus tard, au contraire, à partir du quatrième ou cinquième jour, ils peuvent se montrer très-utiles pour accélérer la résorption de l'épanchement, particulièrement dans les cas de broncho-pneumonie.

Rappelons seulement que, dans les pays où règnent les fièvres intermittentes, la plupart des maladies, et en particulier la pneumonie, exigent impérieusement l'emploi du *sulfate de quinine*.—*Le Praticien*.

—

Appel à l'attention des praticiens sur le traitement de l'angine couenneuse par la glace. — Dans un article sur le traitement de l'angine couenneuse, le docteur Révillout s'adresse une question désolante :

“Le nombre des victimes que fait l'angine couenneuse devient chaque année de plus en plus considérable, et on est à se demander si, dans cette maladie, comme dans beaucoup d'autres, les théories régnantes, les modes thérapeutiques n'influent pas puissamment sur la mortalité.” (*Gaz. des hosp.*)

Cependant le moyen de mettre un terme aux ravages de ce fléau n'est pas à trouver; il a été publié, à plusieurs reprises, depuis plus de vingt ans. Mais, que ce remède soit, ou peu connu ou mal apprécié, toujours est-il qu'il en est à peine question, et que l'angine couenneuse poursuit ses dévastations.

Dans un tel état de choses, *des résultats invariablement heureux*, obtenus tant par d'autres confrères que par nous-même, nous font un devoir de signaler de nouveau le traitement de l'angine couenneuse par la glace, pour en proclamer de rechef la véritable efficacité. En effet, ce n'est plus à démontrer, la preuve est faite. Toutefois, comme il est très probable que ces faits n'ont pas été suffisamment divulgués, nous allons les rappeler d'une manière sommaire.

Premier groupe.—Dans une épidémie d'angine couenneuse,

le docteur Blanc a sauvé tous ses malades en leur prescrivant des gargarismes d'eau froide renouvelés de 20 à 30 fois par heure. (*Revue de thérapeutique médicale*, 1860, p. 42).

Deuxième groupe.—M. Grand-Boulogne, après avoir relaté les succès de la glace dans deux épidémies d'angine couenneuse, observées à la Havane en 1850 et 1855, déclare que les résultats heureux constamment obtenus l'autorisent à affirmer que l'angine couenneuse, convenablement traitée par la glace, doit être classée parmi les maladies les plus bénignes (*même journal*, 15 février 1860).

Troisième groupe.—Ce même journal, 1er janvier 1863, contient un article du docteur Baudouin, sur l'administration de la glace dans quelques angines. Pour lui, c'est le plus puissant moyen de les guérir; surtout l'angine couenneuse: six malades, six guérisons.

Quatrième groupe.—Peu de temps après, M. Grand-Boulogne publiait une nouvelle série de succès (*Ibid.*, 1er juillet 1863).

Cinquième groupe.—Le 1er novembre 1865, même journal, le docteur François Bleynie publiait, sous notre dictée, dix observations d'angines couenneuses toutes guéries par la glace, observations recueillies du mois de juillet au mois de septembre, dans le cours d'une épidémie qui s'était déclarée dans deux communes voisines de Limoges.

Sixième groupe.—Depuis cette dernière époque jusqu'à ce jour, nous avons traité par la glace toutes les angines couenneuses que nous avons eu à soigner, tant chez les enfants que chez les adultes. Nous n'avons pas eu un insuccès.

Le 1er mars, 1876, p. 117, même journal, le docteur Randon a publié un intéressant article sur ce mode de traitement, avec un très-beau succès à l'appui.

Conclusions: les méthodes thérapeutiques qui ne guérissent pas l'angine couenneuse sont jugées par le fait. C'est aux praticiens d'aviser.

Nous rappellerons, en terminant, le moyen d'employer la glace:

Le malade doit avoir constamment dans la bouche un petit morceau de glace, qu'il avale lorsqu'il est à peu près fondu, et qui est remplacé par un autre jusqu'à ce que la fausse membrane ait entièrement disparu.

Pendant le sommeil, on met la glace dans la bouche des enfants qui finissent par la recevoir sans s'éveiller.

Le soulagement est immédiat; mais la fausse membrane ne disparaît qu'après quelques jours, de deux à sept.

Nous donnons du vin et des aliments concurremment avec la glace. — (*Journal de méd. de Bruxelles*). — *Revue de Thérap. Méd. Chirur.*

Traitement de l'angine croupale. — Nous allons faire connaître un nouveau moyen de traitement qui, d'après un docteur anglais, M. J. S. Wiles, du comté de Dorset, (Angleterre), donnerait des résultats de beaucoup supérieurs à tous les caustiques, astringents et autres agents généralement employés.

Voici en effet la traduction analytique de ce que nous lisons dans le *Galvani's Messenger* du 18 décembre :

M. Wiles ayant été appelé dernièrement dans une grande exploitation agricole, où venait de faire irruption l'angine croupale, sous une forme des plus graves, employa les moyens énergiques conseillés en pareil cas, mais sans résultats satisfaisants. Il venait de perdre un deuxième malade, et huit autres étaient dans un état alarmant, lorsqu'il lut un journal américain dans lequel se trouvait indiqué le soufre comme étant supérieur à tous les agents connus.

Immédiatement, M. Wiles incorpora de la fleur de soufre dans de la glycérine, jusqu'à ce que le mélange eût une consistance crémeuse ; il ordonna d'en faire prendre une cuillère à café à chaque malade, trois ou quatre fois par jour ; il leur était recommandé d'avaler le médicament lentement. Aux enfants les plus âgés la dose était un peu plus forte. Les narines étaient en outre badigeonnées avec un petit morceau d'éponge imbibée du médicament.

“ Je fus frappé, dit M. Wiles, de l'efficacité de ce traitement, rationnel, et depuis que je lui ai donné la préférence sur tous les autres, je n'ai plus perdu un seul malade (excepté un enfant hydrocéphalique), lorsque le médicament a été appliqué au début.” Lorsque le malade ne peut plus déglutir, la fleur de soufre est insufflée dans les narines et l'arrière-bouche à l'aide d'un chalumeau. — (*Abeille méd.*) — *Revue de Thérapeutique Médico-Chirurgicale.*

Les phthisiques dans le service de M. Péter. — Funestes effets des grandes villes et de la vie confinée, au point de vue du développement de la tuberculose.

— Il y a, dans les salles de M. Péter, un certain nombre de phthisiques. Cela tient à ce que ce médecin, si bienveillant, contrairement à ce qui se passe dans bien des services, conserve dans le sien ces malheureux, jusqu'à ce qu'ils demandent leur *exeat*, ou jusqu'au terme fatal. Ainsi, du reste, quo le fait ob... et le savant professeur, quand on observe bien ses malades, l'étude si rebattue de la tuberculisation pulmonaire est très intéressante.

Il est très utile aussi de s'habituer à traiter convenablement

une des affections qui moissonnent le plus d'existences. Si on n'arrive pas à guérir les tuberculeux, il est du moins indispensable d'atténuer leurs souffrances, de prolonger leur vie, dans toutes les limites du possible!

Nous dirons quelques mots de deux de ces malades.

Une jeune fille très robuste a quitté la campagne pour venir se placer à Paris. Ses antécédents sont excellents. Il n'est pas de tuberculeux dans sa lignée. Or, depuis son séjour dans la grande ville, elle est devenue phthisique. Elle a des tubercules au sommet des deux poumons, surtout à droite.

Ce fait est un nouvel exemple des néfastes effets des grandes villes chez les personnes qui, accoutumées à vivre au grand air, viennent se confiner dans un étroit appartement. Aussi voit-on les tubercules constituer le triste attribut des jeunes ouvrières, des cuisinières, etc. En revanche, on les observe beaucoup plus rarement chez les porteurs d'eau et chez les sujets qui se livrent aux plus rudes travaux à l'air libre.

Pour combattre les phénomènes congestifs chez cette jeune fille, M. Péter lui a fait appliquer à la région sous-claviculaire des ventouses scarifiées. Son état est sensiblement amélioré. Comme son séjour à Paris lui serait fatal, sous peu elle sera renvoyée à la campagne, où elle pourra peut-être se rétablir complètement.

La phthisie pulmonaire, dit M. Péter, peut permettre de vivre longtemps. Deux conditions sont indispensables pour la prolongation de la vie. Il faut que les tuberculeux n'aient pas de fièvre, et qu'ils soient doués d'un bon estomac.

—

Manière d'appliquer utilement un cataplasme.—

Quand on veut soulager un point douloureux dans la poitrine ou l'abdomen avec les cataplasmes, il faut les faire d'une manière spéciale. Ordinairement on mêle la farine de lin avec l'eau chaude et on applique le cataplasme directement sur la peau, d'où il suit que, pour ne pas brûler son malade, on attend que la plus grande partie de la chaleur ait été perdue. Il faut avoir un sac de flanelle aussi large que le cataplasme. On met celui-ci dans le sac aussi chaud que possible, et l'on place, en outre, un autre morceau de flanelle entre le sac et la peau. Par dessus le tout, on met quelques doubles de flanelle ou une couche d'ouate pour conserver la chaleur. Avec ce moyen, on peut appliquer un cataplasme bouillant sans craindre de brûler la peau, et la chaleur, se répandant peu à peu à travers la flanelle, produit un soulagement qu'on ne pourrait obtenir autrement.

Il n'y a peut-être pas de moyen plus rapide pour calmer les douleurs abdominales en général.— (*Lyon Méd.*)—*Revue de Thérapeutique Méd. Chirur.*

PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALES

Pansements des plaies par la méthode portugaise. Méthode du professeur Cesario, ou de Coimbre.— Le pansement employé à l'hôpital de l'Université de Coimbre est pratiqué ainsi qu'il suit :

1^o Lotion de la plaie avec un *hydroalcoolé de camphre*, c'est-à-dire, d'une mixture d'eau et d'acoolé de camphre.

2^o Oclusion de la plaie par l'union de ses bords (quand il y a lieu) et par une forte couche de camphre fraîchement précipité de sa solution alcoolique par l'eau, formant une vraie pâte, et maintenue par une autre couche également forte de charpie; Des compresses et des ligatures donnent ensuite la solidité nécessaire, à l'appareil.

M. Senna, en présentant cette méthode de pansement, pratiquée chez nous depuis 1843, époque à laquelle elle fut introduite par M. le docteur Cesario, affirme qu'elle a toujours donné lieu aux plus favorables effets.

L'honorable professeur défend à juste titre l'emploi des agents pharmacologiques — alcool et camphre—dans le traitement des plaies, et, comparant la méthode de Coimbre avec celles prônées par Guérin et Lister, M. Senna fait observer avec raison que la première satisfait absolument à toutes les indications que celle-ci se proposent de remplir, tout en présentant sur elles de réels avantages.

Pour M. Senna, la doctrine de Pasteur, base pathogénique du traitement de Lister et de Guérin, est une hypothèse tout à fait gratuite, car les faits démontrent qu'un tel critérium, transporté dans le traitement des plaies, ne prévient pas d'une manière absolue les accidents consécutifs, ce qui invalide nécessairement la spécificité qui lui est attribuée. Mais, en admettant même la doctrine des germes, la méthode portugaise l'emporte sur les autres, car l'alcool et le camphre, en dehors d'autres avantages, rempliraient le même but que le coton et l'acide phénique.

M. Senna, faisant intervenir l'excès de chaleur comme une des causes prépondérantes qui peuvent influencer défavorablement sur la guérison des plaies, fait observer judicieusement que, sous ce point de vue, le camphre, par ses propriétés volatiles,

remplit un but réfrigérateur qui a beaucoup d'importance, car la volatilisation s'établit juste dans la proportion de l'augmentation de chaleur qui se manifeste pendant le travail morbide et en prévient dans une juste proportion tout excès. Le camphre remplit ainsi l'indication qui sert de base à la méthode de Guyot.

La forme, sous laquelle le pansement portugais se fait, remplit encore, selon M. Senna, un but non moins important. Il place une plaie superficielle dans les conditions plus favorables d'une plaie sous-cutanée, car tout en la couvrant et l'abritant des influences atmosphériques, la propriété de volatilisation du camphre supplée l'évaporation constante qui s'observe à la surface de la peau.

La preuve la plus éloquente en faveur de la méthode de Coïmbre se déduit de la statistique des principales opérations pratiquées à l'hôpital de l'Université dans ces huit dernières années.

Voici, d'ailleurs, les données qu'elle nous fournit :

Amputations de la cuisse : mortalité—25 %

Amputations de la jambe : Mortalité—22,2 %

Amputations de la cuisse, de la jambe, du bras, de l'avant-bras, du pied et de la main :

Mortalité—15,6 %

En comparant notre statistique avec celle que nous fournit M. Guérin, de 61 amputations de membres, l'avantage est de beaucoup en notre faveur.

Statistique de Guérin : Mortalité—43,2 %

Statistique de l'Hôpital de Coïmbre : Mortalité—15,6 %

Ce qui nous donne une différence favorable de 27,6 %, chiffre dont l'importance est capitale.

Faisons observer de plus que notre statistique spéciale d'amputations de la cuisse, opérations dont l'extrême gravité ne peut être méconnue, offre encore, comparée avec le chiffre total de Guérin, un avantage de 18,2 %.

La dernière statistique présentée par l'éminent chirurgien de Lisbonne, M. Barbosa, à l'Académie Royale des Sciences, dans un discours qui a été traduit en français par le docteur Bertherand, quoique légèrement inférieure à la nôtre, est toutefois beaucoup au-dessus encore de celle de M. Guérin. Dans cette statistique, le pourcentage est de 16,1, et ce résultat et celui qu'exprime notre comput affirme éloquemment que la pratique usitée en Portugal (les méthodes de traitement à Lisbonne et à Coïmbre sont à peu près semblables) dans le pansement des plaies, n'a rien à demander aux pratiques les plus prônées à l'étranger.

Nous sommes donc sincèrement convaincus, en dehors de tout esprit de patriotisme, que l'humanité souffrante a beaucoup à gagner à la généralisation de la méthode de Coïmbre.
— *Revue de Thérap. Méd. Chirur.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

Cystocèle vaginale. — La femme qui est atteinte de ce vice de conformation, est âgée d'une cinquantaine d'années. Elle présente, dans le champ vulvaire, une tumeur rosée, qui fait issue par la station ou les efforts et se réduit dans le décubitus horizontal. Cette tumeur est due à un relâchement des parois antérieures du vagin. Elle est constituée par le prolapsus de la paroi vésico-vaginale. La vessie, en effet, est comprise dans les parties prolabées. On peut s'en assurer en engageant une algalie dans la vessie, le bec de l'instrument se fait sentir au travers de la closion relâchée. Il n'en serait pas ainsi, si la paroi vaginale seule était en cause.

Quelquefois ces sortes de tumeurs sont aussi formées par un abaissement de la closion recto-vaginale. Mais ici, la partie antérieure seule du vagin est affectée; il n'y a donc pas de rectocèle. Chez certaines femmes, le relâchement vaginal peut être accompagné d'abaissement à un degré variable de l'utérus. Ici cet organe, un peu atrophié, en raison de l'âge de la malade, n'est pas sensiblement abaissé.

Le mode de formation de la cystocèle est assez difficile à expliquer. Tout ce que l'on sait à cet égard, c'est que, à la suite de l'accouchement surtout, les femmes sont sujettes à un relâchement de la vessie et du vagin, conséquence de la distension subie par ces parties, par le fait de la puerpéralité. Ces parties, mal maintenues, sont susceptibles de prolaber. Dans l'état ordinaire, ces tissus, par eux-mêmes, ont une certaine résistance. Il sont, en outre, soutenus par l'aponévrose péritonéale supérieure, car, à ce point de vue, l'aponévrose moyenne n'a pas une grande importance. Ces divers organes sont aussi réunis par un tissu cellulaire connectif assez dense. Dans les cas qui nous occupent, au contraire, le tissu cellulaire est très-relâché. L'aponévrose n'a elle-même aucune résistance. De là la tendance de ces parties à prolaber. Il faut donc faire, dans la production de la cystocèle, la part de l'aponévrose, du péritoine, de la paroi vésico-vaginale. Il est vrai que, jusqu'ici, le contrôle par le scalpel n'a pas été fait; mais le fait clinique est là.

Cette infirmité (car par le fait c'en est une), n'est ni douloureuse ni dangereuse. C'est une simple incommodité. Mais cette incommodité produit des inconvénients de trois sortes :

1^o La marche est gênée par la sensation incommode d'une grosse saillie vulvaire. Beaucoup de femmes, il est vrai, n'en sont pas bien incommodées, et y font peu attention.

2^o Certaines femmes, au contraire, quoique peu gênées mécaniquement, se préoccupent beaucoup de cette tumeur. La plupart d'entre elles se montent aisément la tête, dès qu'elles voient survenir quelque chose qui n'est pas ordinaire du côté de leur matrice. Pour elles, en effet, tous les organes générateurs, externes comme internes, ne sont autre chose que la matrice. Dès qu'il se produit un dérangement fonctionnel ou organique quel qu'il soit, de ce côté, l'imagination va son train. Le mot effrayant de cancer est bien vite prononcé. Il y a donc ici un côté moral, dont il convient de tenir grand compte.

3^o Cette infirmité, enfin, a pour résultat de gêner plus ou moins la miction. Le bas fond vésical prolapsé entraîne la partie supérieure de l'urèthre, de telle sorte que les deux orifices extrêmes de ce canal ne se trouvent plus sur la même ligne. Il en résulte que le jet de l'urine peut être lancé non plus en bas, mais en haut.

La femme doit alors prendre des précautions pour ne pas mouiller son linge en urinant. Quelques-unes même ne peuvent procéder à la miction qu'en réduisant au préalable la tumeur et même en la maintenant réduite durant le cours de l'émission de l'urine.

A bien des points de vue, il est donc nécessaire de parer à ces inconvénients.

Le traitement doit être distingué en curatif et en palliatif. Du premier, il n'en faut pas parler. La cautérisation actuelle, potentielle, l'élytrorrhaphie et une foule de modes opératoires, en un mot, ont été proposés. On a relaté quelques succès de temps en temps, mais comme les résultats, favorables au premier abord, n'ont été que temporaires, comme aussi plus d'une de ces opérations a donné lieu à une péritonite mortelle, on a fini par comprendre qu'il fallait se garder d'exposer les malades à de si grands périls, dans le but de les débarrasser d'une infirmité très supportable. Pour toutes les maladies légères, en principe, il faut s'en tenir à un traitement inoffensif.

Pour ce qui est des moyens palliatifs, ils consistent simplement dans l'emploi des agents contentifs, ce qui revient à dire qu'il faut s'en tenir à l'emploi de pessaires. Ils ont pour objet de distendre les parois vaginales et de contenir les tissus qui ont tendance à prolapsé.

Il est une foule de pessaires. Celui qui paraît le plus convenable, chez cette malade, c'est le pessaire à anneau de M. Gairal. On pourrait aussi utiliser celui de M. Dumontpallier, qui n'est qu'une modification du précédent. Si ces agents de contention ne remplissent pas bien leur objet, on tentera de tirer parti du pessaire à air de Gariel, du pessaire en gimblette, en bondon, etc.—*Revue de thérapeutique Médico-Chirurgicale.*

Du danger des injections vaginales.—Dr. George Johnson insiste sur les formidables accidents que peuvent parfois déterminer les injections intra-vaginales par suite du passage du liquide dans les trompes de Fallope. Il cite deux observations à l'appui.

1^o Il s'agit d'une jeune femme de dix-neuf ans, atteinte d'une leucorrhée contre laquelle elle employait depuis longtemps les injections de tannin. Un jour, à la suite d'une injection qu'elle s'était faite à la hâte, en introduisant la canule aussi profondément que possible, elle poussa un cri et tomba en disant: "Je souffre atrocement; je viens de me tuer." Une péritonite se déclara immédiatement, et, au bout de quarante-six heures, la mort survenait, en dépit des soins les plus dévoués et les plus intelligents.

2^o Une dame, mère de six enfants, à la suite d'une injection au sulfate de zinc, fut prise d'un frisson violent, avec une douleur hypogastrique atroce, qui s'irradia vers la fosse iliaque gauche et le dos. Bientôt apparurent des signes non douteux de métrô-péritonite. Toutefois, grâce à un traitement énergique, la malade finit par guérir, mais après de longs jours de souffrance.

L'auteur tire de ces faits les conclusions suivantes :

1^o Mettre, autant que possible, les femmes en garde contre les injections intra-vaginales, à moins qu'elles ne soient faites sous la direction d'un médecin ;

2^o Ne jamais prescrire d'injections avant de s'être préalablement assuré de l'état du col et du corps de l'utérus (ouverture du col, prolapsus, rétroversion) ;

3^o Recommander à la femme de faire ses injections couchée, et de pousser doucement le liquide. —*Maryland Medical Journal.*
—*Le Praticien.*

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

MONTREAL, MAI 1879.

Rédacteurs :

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

La qualité plutôt que la quantité.

Tel est le titre d'un article publié par le journal de médecine, *The Hospital Gazette* de New-York, 29 mars 1879, à l'occasion de la distribution des diplômes dans les divers collèges de médecine.

Nous reproduisons cet article en entier, convaincus qu'il ne manquera pas d'attirer l'attention de nos lecteurs, et que plus d'un admettra en le parcourant, que l'enseignement médical en Canada n'est malheureusement pas toujours et partout à l'abri des reproches que notre confrère adresse à certains Collèges de Médecine des États-Unis.

“ Il est de notre devoir de souhaiter la bienvenue aux jeunes gens qui viennent d'entrer dans la profession. C'est là, pour nous, une vieille habitude qu'entretient le témoignage de notre conscience et plus encore certains faits qu'on nous rappelle et qui démontrent que nos paroles de bienvenue ont stimulé de nobles ambitions qui dans la suite sont devenues des réalités. Nous désirons, en outre, présenter nos félicitations aux nouveaux diplômés, et les solliciter de ne jamais perdre de vue la sublimité de leur mission afin qu'ils puissent toujours apprécier à sa juste valeur, l'immense responsabilité dont ils se sont chargés. De la manière dont ils sauront mettre ces réflexions en pratique et y conformer leur conduite dépendra leur succès.

“ S'il nous était permis de formuler un souhait ce serait que chaque débutant eut assez de courage moral pour mettre de côté la vanité “le vice favori des sots,” ce défaut presque général, et qu'il ne craignit pas de s'aider de l'habileté et de l'expérience de ses aînés.

“ A ce propos et pour mieux faire comprendre la portée de

nos souhaits de bienvenue, qu'on nous permette de faire quelques réflexions qui se sont présentées à notre esprit à différentes époques et que nous n'avons jamais énoncées faute d'opportunité. Depuis quelque temps, cependant, on a tant accusé la profession de négligence, qu'il ne nous est plus permis de nous taire et même nous n'avons que trop temporisé.

" Il règne, dans le monde, un sentiment de mécontentement à l'égard des qualifications requises pour être gradué dans certains collèges de médecine, et de l'obtention de diplômes par des gens non qualifiés sous le rapport moral et intellectuel.

" Chaque *diplômé* non compétent que fabrique un collège de médecine est un assassin licencié. Les expressions de ce genre sont le plus souvent employées comme hyperboles pour frapper l'esprit du lecteur et l'impressionner, mais dans le cas actuel, la terrible vérité qu'exprime le mot est insuffisante à faire comprendre le fait.

" Le nouveau médecin se lance dans le monde, avec la recommandation d'hommes qui ont acquis leur réputation au prix de plusieurs années d'étude et de pratique, et est reçu par l'humanité souffrante qui prise si haut sa propre existence et se livre avec confiance à celui qui doit la lui conserver, en cas de maladie, comme à un maître, à un arbitre de sa destinée. Ce n'est pas de la vanité que de parler de soi en bien dans l'intérêt de la justice, et il nous est bien permis de constater le fait que le patient a une espèce de culte pour son médecin et que la profession est enveloppée d'un mystère que même les cours de justice et les liens de famille considèrent comme inviolable.

" Puisque la profession réclame ce tribut comme un hommage qui lui est dû, il est facile de conclure que le débutant en reçoit sa part; d'autant plus que la nouveauté de sa position l'excite à rechercher l'occasion de motiver ce tribut. Guidé par ses dispositions naturelles soit à la témérité, à la paresse, à la circonspection, ou à l'étude, il saisit l'occasion qui se présente, et traite la question de la vie ou de la mort, parce qu'il est possesseur d'un diplôme conféré par un collège de médecine. Si au travail consciencieux, l'observation, une vocation véritable et de bons conseils l'ont mis à la hauteur de sa position, ne lui arrive-t-il pas de se trouver embarrassé dans une foule de cas. Il soupire après la lumière, se livre avec ténacité à la recherche des vérités cachées, implore l'assistance divine et se refuse tout repos et confort, dont il ne consent à jouir, qu'après que son dévouement pour ses patients a fait luire à ses yeux les premières lueurs du triomphe.

" Ce qui est vrai de l'étudiant consciencieux qui entre dans

sa carrière professionnelle l'est également, — en raison de la confiance qu'on lui accorde et du prestige que lui donne son titre sacré—de l'individu incompetent devenu propriétaire d'un diplôme qui l'autorise à pratiquer la médecine. La même bienvenue lui est souhaitée par les gens du monde, qui après avoir employé les années qu'ils ont pu consacrer à l'étude à s'initier au genre d'occupation ou de commerce auquel ils avaient été destinés par leurs parents, n'ont pu acquérir, faute de temps ou de dispositions, aucune ou presque aucune notion d'anatomie, de physiologie ou d'hygiène.

“ Bien plus, l'étudiant travailleur fait au début triste figure auprès de son rival, car le mérite se cache sous des dehors modestes tandis que “ les fous se précipitent là où les anges n'avancent qu'avec circonspection.”

“ Il est inutile d'insister sur les résultats désastreux du travail de ces misérables meurtriers. Ils ne sont que trop connus, tant aux parents qui pleurent la perte d'êtres chéris qu'à la profession qui tolère les monstres qui en sont les auteurs.

“ Sur qui retombe la responsabilité de cette disgrâce? Nous croyons pouvoir répondre sans hésiter qu'il faut en blâmer les membres des facultés des collèges. On permet à ces messieurs d'accorder des diplômes et même de fixer les conditions requises pour les obtenir. Il y a dans l'adoption des qualifications au diplôme et dans les examens préliminaires à l'obtention des degrés, des fautes sérieuses dont les collèges bénéficient péni-
niairement mais dont la profession souffre. C'est à ces fautes qu'il faut porter remède. La profession par respect pour elle-même et pour les malades qui lui accordent leur confiance, doit adopter sans plus tarder, des mesures efficaces pour couper court à cette manie de diplômer des docteurs quand même. Il est temps de faire porter aux professeurs qui lancent parmi le peuple ces bouchers de chairs humaines la responsabilité de leurs actes sans égard pour les motifs qui les guident que ce soit l'argent qui leur vient des étudiants, de vains honneurs professionnels ou l'aberration mentale.

“ Le masque d'honorabilité dont certains accusés ont cherché à couvrir leurs méfaits a été tout récemment enlevé sans merci par les Cours de justice, et des citoyens honorés ont été arrachés de leurs splendides demeures pour être logés dans les appartements moins luxueux de la prison commune et cela parce qu'ils avaient apposé leur signature à des états de compte qui n'étaient pas exacts dans tous les détails bien que soigneusement préparés par des experts. La profession aura lieu de se réjouir quand le même bras implacable s'abattra sur ces fabricants de diplômés sans foi ni conscience.”

Société Médicale.

APOPLEXIE.

Séance du 17 avril.

Présidence du docteur Laraméo.

La société médicale doit être fière de sa dernière séance : elle a été rudement employée. La lecture du docteur Dagenais sur l'« Apoplexie », suivie d'une discussion très-animée entre le lecteur et MM. E. P. Lachapelle, Ricard, Filiatreault, Brosseau, Desjardins et Laramée, tel a été le programme de cette soirée scientifique ; la discussion est à continuer. Rien d'extraordinaire, le sujet est vaste, et je doute même qu'une seconde discussion puisse réussir à l'épuiser. En effet quoi de plus important, et conséquemment de plus long qu'une guerre à la nosologie ? Et l'étude du docteur Dagenais n'est pas autre chose que le premier coup de feu tiré parmi nous contre cet ennemi des médecins de tous les pays, qui comme ces bêtes fabuleuses, semble renaître plus fort des blessures qui lui sont faites.

Un grand philosophe allemand, Kant, écrivait : « Les juriconsultes cherchent encore une définition de l'objet même de leur science, le droit. » Nous, médecins, nous avons des définitions, mais nous ne sommes guères plus avancés que si nous n'en avions pas du tout, nous sommes à peu près comme les juriconsultes du temps de Kant et peut-être d'aujourd'hui. Voyons pour l'apoplexie.

Qu'est-ce que l'apoplexie ? C'est une maladie foudroyante, caractérisée par une paralysie soudaine et une perte complète de l'intelligence. Or l'hyperrhémie cérébrale, l'hémorrhagie cérébrale, l'hydrocéphalie aiguë et le ramollissement du cerveau, qui sont autant de maladies auxquelles les anciens ont appliqué le nom d'apoplexie, ne nous présentent-ils pas des ordres de symptômes et de caractères anatomiques tout à fait différents ? Pourquoi donc alors un nom semblable ? Il convient donc de le rayer du cadre nosologique : telle est la thèse du docteur Dagenais.

Dr. E. P. Lachapelle ne craint pas d'aller plus loin, ridiculise sans gêne ces apoplexies, qu'on appelle nerveuses, quand l'examen post-mortem ne nous présente aucune lésion anatomique, baptisant ainsi une chose inconnue, et considère que le même nom ne saurait s'appliquer aux congestions de diverses organes, même aux épanchements de sang dans ces mêmes organes : le simple nom, hémorrhagie ou congestion, serait alors plus convenable.

Dr. Ricard passe en revue les quatre maladies mentionnées par le lecteur et démontre combien il est injuste de leur donner le nom d'apoplexie.

D'après le Dr. Filiatreault, nos pères connaissaient peut-être plus le latin que la médecine, cela soit dit sans ingratitude, et il convient de corriger des noms qui n'ont pas leur place.

Les Drs Brossseau, Laramée, Desjardins tout en approuvant parfaitement la réforme demandée, ne tombent pas dans le vif de la question, et préfèrent s'étendre dans de sérieuses considérations d'ailleurs, sur l'effet produit par l'apoplexie que les uns attribuent au caillot, et les autres au choc nerveux causé par la déchirure, (Dr. Laramée) sur l'état athéromateux et calcareux des artères (Brossseau), sur l'apoplexie rétriniennne (Desjardins).

La question soulevée par le Dr. Dagenais et soutenue par tous ceux que nous venons de nommer, est bien claire, et doit être facilement comprise et acceptée. Ce n'est donc pas sans raison que Cabanis disait : " Le sage ne découvre des vérités nouvelles qu'en épuisant son langage et lui donnant plus de précision." Retrancher du langage médical un nom comme celui qui a été le sujet de la dernière discussion de la Société Médicale, équivaut sans aucun doute à plus de clarté dans le diagnostic, et plus de droiture dans le pronostic. Qu'il n'en soit plus parlé, si nous voulons nous bien comprendre et être bien compris.



Les réformes sont bonnes en autant qu'elles causent plus de bien que de mal. C'est un principe de sens commun, qui saute aux yeux si vous voulez bien, et qui n'en est pas moins très-peu compris bien souvent. Ainsi voyez M. Piorry et son école, que demandent-ils? une réforme du langage médicale, mais absolue, *ab imis fundamentis!* Tout bouleverser de fond en comble de la base au sommet : la nomenclature ou la terminologie, et la classification pathologique que nous reconnaissons, parce qu'elles sont classiques, n'ont aucun prix aux yeux du célèbre réformiste qui pour être extrême dans ses exigences, n'en a pas moins son mérite de travailleur infatigable. M. Louis Ploisse répond d'une manière triomphale à la doctrine de Piorry, nous empruntons :

La méprise de M. Piorry, sur la prétendue nécessité d'une réforme de la langue médicale se révèle de la manière la plus claire dans la critique qu'il fait, dans ses livres, de la terminologie usitée généralement en pathologie. Il la trouve impropre, arbitraire, uniforme, monstrueuse, nulle. Les trois

quarts des noms donnés aux maladies ne se rapportent à rien de précis, ou signifient tout autre chose que ce qui est et qu'on veut leur faire signifier. Que signifie, par exemple, phthisie? Le mot vient de *stivw*, sécher, périr. Il veut dire amaigrissement. Mais la maladie ainsi nommée, n'est-elle donc qu'un amaigrissement et suffit-il de maigrir pour être diagnostiqué phthisique? Que veut dire variolo? On nommera ainsi une affection à cause des nuances variées que prend la peau. N'est-ce pas une absurdité d'établir sur un caractère si vague une espèce pathologique? Et le cancer qui tire son nom de la prétendue ressemblance de certaines tumeurs avec une écrevisse? Et l'ulcère appelée lupus, parce qu'il ronge la peau? etc., etc.

Tel est le sens de la querelle faite par M. Piorry à la langue médicale. Il suffit pour montrer le peu de solidité de cette critique, de dire qu'en fait tous ces mots n'ont pas du tout le sens qu'il leur suppose, ou veut supposer dans l'intérêt de son attaque. Quand un médecin parle d'une phthisie aujourd'hui, d'un cancer, etc., il entend et désigne certaines espèces de maladies, parfaitement déterminées dans son esprit et dans la nature par des caractères spéciaux; ces mots représentent non la notion qu'on put avoir de ces maladies, au moment de l'imposition du nom, ou à d'autres époques, mais celles qu'on en a actuellement, celle qui est admise dans la science, qui est la science même. La phthisie dans l'esprit de Laëmex, et de M. Louis n'est plus ce qu'elle était dans l'esprit d'Hippocrate. L'idée est bien différente quoique le mot soit resté le même. Mais ce mot représente l'idée moderne, aussi bien qu'il représentait l'idée ancienne; il remplit complètement sa fonction. Pourquoi alors le changer.

Où en serions-nous avec la grande division de Piorry, en anatomo-pathologie, avec les dénominations suivantes par exemple: Dysorganotopies, Dys-organomorphies, Hyperorganotrophies, Sclerosies, Malascies, etc., etc. Quelle clarté jetée brusquement sur la médecine; quels horizons nouveaux, n'est-ce pas!!

Non, détruire pour rebâtir de cette manière ne vaut guère mieux que détruire par instinct pour le plaisir de mal faire. Et c'est bien malheureux de voir un homme consacrer son existence et ses talents à une œuvre de désorganisation semblable, qui équivaut à la destruction complète de l'édifice, non seulement médical, mais aussi scientifique. Car appliquer ces principes de réforme d'une manière sérieuse à la médecine, il faut aussi conséquemment les appliquer aux diverses sciences; la révolution devient universelle. Non, le progrès n'est pas là;

il n'y a pas de progrès dans une guerre de ce genre. La paix, voilà la source de tout progrès en science, comme en économie politique. Nous la réclamons donc, en conclusion : comme M. Dagenais et autres, retranchons les mots inutiles, et surtout les mots qui donnent une fausse idée de la maladie, mais ne faisons pas de révolution comme Piorry.

Association Pharmaceutique de la Province de Québec.—Les examens annuels de cette Association ont eu lieu à la salle de l'Association, 628, rue Lagachetière, le 29 et le 30 d'Avril.

Il y avait six candidats pour l'examen majeur ; sur ces six candidats, quatre ont été admis : MM. Oswald Coursolle, Wm. S. Kerry, C. E. Hephurn et Elzéar Laviolette.

Ont été admis commis approuvés : MM. John N. Miller, Joseph Williams, W. R. Irman, W. F. Whelan, Edmond Léonard et S. G. Mitchell.

Quatre candidats ont été admis à l'étude de la pharmacie.

Voici les noms des examinateurs : Henry R. Gray, Alex. Manson, J. D. L. Ambrosse, Montréal ; Roderich McLeod, J. B. Martei, Québec ; H. F. Jackson, Montréal ; Président, Nathar Mercer, Montréal.

Concours.—*La Société contre l'abus du Tabac* met au concours les questions suivantes pour 1879 :

1^o *Prix de 100 francs.*—De l'influence du milieu où l'on fume sur les personnes qui y sont exposées.

2^o *Prix de 100 francs.*—Du rôle de la femme pour combattre l'abus du tabac.

3^o *Prix des Instituteurs* (100 francs).—Des moyens dont peut disposer l'instituteur pour combattre la tendance des enfants à fumer.

4^o *Prix de médecine* (collection entière, 24 années de la *Gazette de l'Algérie*, offerte par M. le Dr. A. Bertherand).—L'usage immodéré du tabac exerce-t-il une influence néfaste sur l'aptitude à la procréation et sur la santé des enfants ?

5^o *Prix de statistique* (200 francs).—Réunir des faits et établir des statistiques destinées à démontrer, par tous les résultats des études, s'il est constamment vrai que les élèves non-fumeurs ont en moyenne, la priorité sur les fumeurs.

6^o *Prix militaire* (300 francs, offert par M. Decroix).—Établi par des faits si, dans l'armée, les fumeurs subissent plus de punitions, sont plus souvent malades, endurent plus de priva-

tions quand le tabac vient à manquer ou quand le règlement défend de fumer, que les militaires non fumeurs.

Chaque lauréat recevra, en outre, une médaille, dont une de vermeil pour le prix de médecine. D'autres récompenses seront en outre décernées pour mérites divers. Le programme complet du concours sera adressé à ceux qui en feront la demande au président, rue Saint-Benoit, 5, à Paris.

Extrait de Malt de Trommer.—Nous attirons l'attention de nos lecteurs sur la circulaire que nous publions ailleurs et qui contient tous les renseignements désirables sur les mérites et les diverses combinaisons de cette excellente préparation. Depuis un an, l'Extrait de Malt de Trommer a été très-employé en Canada, et les excellents résultats obtenus ont déjà placé cette préparation au nombre de nos meilleurs agents thérapeutiques. Nous ne doutons pas qu'avant peu l'Extrait de Malt sera d'un usage aussi général ici qu'il l'est en Europe et aux États-Unis, et que les rapports de nos médecins sur son emploi seront aussi favorables que ceux obtenus ailleurs.

Assemblée semi-annuelle.—L'assemblée semi-annuelle du Bureau provincial de médecine aura lieu à Montréal, mercredi, le 14 Mai courant.

Avis.—Ceux de nos abonnés qui ne conservent pas la série de *L'Union Médicale*, nous obligeront beaucoup en nous adressant le numéro de Juillet 1874.

VARIÉTÉS

Erasmus et les nourrices.—Erasmus a consacré aux nourrices le *colloque* suivant: Les interlocuteurs sont un philosophe et une nouvelle accouchée.

Le philosophe s'adresse à cette dernière :

—Où est donc votre enfant ?

—Il est chez sa nourrice.

—Comment, chez sa nourrice! A-t-il donc une autre nourrice que sa mère ?

—Pourquoi pas ? J'ai fait comme tout le monde.

—Tout le monde ! voilà, ma foi, une belle autorité pour décider ce qui est bien ou mal fait !

—D'ailleurs, mes amis l'ont voulu ainsi ; ils ont pensé que j'étais trop jeune, qu'il fallait me ménager.

—Mais pourtant si la nature vous a donné la force d'être mère, elle a dû également vous donner la force de nourrir votre enfant, et puis, dites-moi, ne sentez-vous pas toute la douceur de ce nom de mère ?

—Mais si !

—Voudriez-vous qu'une autre femme, si c'était possible, fût la mère de votre enfant ?

—Pas le moins du monde !

—Eh bien, alors, pourquoi, de votre plein gré, transférez-vous à une autre femme une part, et la meilleure, de votre titre de mère ?

—Grand Dieu ! partager mon enfant ! je suis sa mère, sa seule mère.

—Pas du tout ! la nature tout entière vous dément ! De tous les animaux, en est-il un qui ne nourrisse ses petits ? Les oiseaux de nuit, les vipères, clèvent soigneusement leur progéniture, et l'on ne voit que chez nous les mères abandonner leurs enfants. Voilà un pauvre petit être tout endolori, qui n'a, pour ainsi dire, d'autre souffle que le souffle de celle qui l'a mis au jour, il appelle sa mère, il l'appelle de cette voix qui remue dans leurs entrailles même les bêtes féroces ; et c'est vous, vous sa mère, qui le livrez à une femme dont vous ne connaissez ni la santé, ni le caractère, ni les mœurs, à une femme pour qui la moindre somme d'argent aura plus de prix que votre enfant !...

—Vous vous trompez, cette femme a été choisie avec soin ; elle jouit d'une excellente santé

—Soit, je l'admets, je vous demanderai néanmoins si vous croyez indifférent que votre enfant suce le lait d'une mère, un lait qui lui est, en quelque sorte familier, ou qu'il reçoive sa nourriture d'une étrangère ? La vigne transplantée change de nature, la jeune plante arrachée du sol où elle a pris racine se flétrit et semble vouloir mourir, c'est même pour cela qu'on la transporte entourée, autant que possible, de sa terre natale.

—Eh ! quoi, ne dit-on pas qu'en transplantant les arbres et en les greffant, on obtient des fruits meilleurs ?

—Sans doute, mais ce n'est pas immédiatement après leur naissance qu'on les traite ainsi. Il viendra un temps où vous devrez éloigner votre fils de la maison maternelle, pour achever son éducation, mais ce qu'il lui faut maintenant, c'est d'être réchauffé sous l'aile de sa mère.

DÉCÈS.

A St. Rémi, le 12 avril, Léon Lachapelle, M. D., âgé de 65 ans. Il était père de Sévérin Lachapelle, M. D., de la ville St. Henri.