

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 Neurasthénie.

PAR H. E. DESROSNIERS, M. D. L.

(Lu devant la Société Médicale de Montréal.)

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,
MESSIEURS,

En venant ce soir présenter à la Société Médicale ce travail sur la neurasthénie, je ne prétends certes pas l'entretenir de choses nouvelles. Tous, aussi bien et sans doute mieux que moi, vous avez été à même de voir de près et d'étudier les symptômes et la pathogénie de cette affection, avec laquelle on avait autrefois confondu tant de maladies, et dont le nom, même aujourd'hui, n'est pas *reconnu* par tous les pathologistes. Je veux seulement, tout en payant à la Société Médicale mon tribut de travail et d'études, essayer de lui faire part des recherches que j'ai cru devoir faire, ainsi que des vues les plus récemment émises sur ce sujet, me permettant d'y ajouter le résultat de mes observations cliniques.

Il n'y a pas de doute que l'étude des maladies nerveuses n'ait pris dans ces dernières années un essor et une extension vraiment remarquables. Les travaux des pathologistes les plus éminents des deux continents, et entre autres de MM. Charcot et Brown-Sequard ont jeté sur la pathogénie encore si obscure de ces affections de nouvelles et puissantes lumières. Quant à la maladie qui va nous occuper plus spécialement ce soir, elle a été étudiée surtout par nos voisins des États-Unis, parmi lesquels se distinguent MM. les docteurs Jewell, de Chicago, Mitchell et Goodell, de Philadelphie, et Beard, de New York. Je mentionnerai encore le professeur Erb en Allemagne et Hugh Campbell en Angleterre (1).

(1) Campbell, *Nervous exhaustion and the diseases induced by it*. London, 1871.

Jusqu'à ces derniers temps, la neurasthénie n'a peut-être pas été suffisamment comprise. Le plus souvent, on l'a confondue avec l'anémie générale, l'ischémie de la moëlle, l'irritation spinale et le nervosisme, qui, lui, n'en est à vrai dire que la première manifestation. Bien qu'elle ne soit pas une affection nouvelle, il est pourtant vrai de dire que c'est là une maladie moderne, une maladie de la civilisation, *une maladie du dix-neuvième siècle*, comme on l'a appelée, et le nombre d'individus qui en sont atteints va croissant chaque jour.

Voilà autant de raisons qui m'ont engagé à entretenir de ce sujet la Société Médicale. Nécessairement je ne le ferai que d'une manière incomplète. Le sujet est si vaste que je ne pourrai m'arrêter qu'aux faits principaux.

Qu'entend-on par *neurasthénie* ou *asthénie nerveuse*? Je crois que c'est M. le professeur Barker, de l'hôpital Bellevue, qui a le premier fait usage de ce mot pour désigner l'épuisement du système nerveux dans ses divers appareils. Comme nous le verrons dans un instant, cet épuisement consiste, non pas en une simple anémie ou ischémie globulaire, mais en un affaiblissement réel de la force dite nerveuse, soit dans le système cérébro-spinal, soit dans le système sympathique. Partant de là, on en a fait trois divisions principales : épuisement cérébral ou cérébrasthénie, épuisement spinal ou myélasthénie, et épuisement sympathique, suivant que l'asthénie nerveuse porte surtout sur l'un ou l'autre de ces appareils. La neurasthénie générale comprendrait l'épuisement de tout l'ensemble du système nerveux.

Sous le nom de *neurasthénie* on a rangé bon nombre d'affections souvent assez diverses entre elles au premier abord, mais qu'une observation plus attentive a finalement ramenées au même type. Ainsi, l'*irritation spinale* de Brown, la *neuropathie cérébro-cardiaque*, le *nervosisme* de Bouchut, la *débilité nerveuse*, l'*épuisement sexuel*, l'*irritation cérébrale*, la *pathophobie*, l'*hystérie physique*, etc., etc., formaient autant de maladies distinctes. Aujourd'hui, bon nombre d'auteurs les regardent comme des manifestations diverses d'une seule et même maladie, l'épuisement nerveux. Pour ce qui est du fait de vouloir ramener à un type commun les affections que je viens d'énumérer, voici comment s'exprime, à ce sujet, M. le professeur Jaccoud :

“ L'observation et l'étude attentive des faits m'ont conduit à considérer comme une seule et même espèce morbide les états pathologiques qui ont été jusqu'ici décrits comme autant de maladies distinctes. Sans doute, l'identité n'est pas absolue entre les tableaux présentés par les auteurs sous les

“diverses qualifications précédentes, mais les dissemblances
 “dans les traits de détail ne peuvent effacer les analogies fon-
 “damentales, surtout quand il s'agit de névroses d'origine
 “centrale dont l'expression symptomatique est toujours em-
 “preinte d'une mobilité qui en est un des plus remarquables
 “caractères. D'ailleurs, l'analyse physiologique, venant en
 “aide à l'observation, montre que les principales variétés cli-
 “niques de ces maladies prétendues différentes sont imputables
 “à la diversité des localisations du processus pathogénique
 “dans les centres nerveux, de sorte qu'on peut y voir à la
 “rigueur les formes multiples d'une espèce morbide unique,
 “mais non pas assurément des espèces nosologiques distinctes.
 “La pathogénie vient de son côté dicter cette conclusion et
 “donner à la fusion que je propose une justification qui serait
 “suffisante à elle seule. Qu'on se place en effet avec tel auteur
 “sur le terrain de l'irritation spinale, qu'on aborde avec un
 “autre celui de la névralgie générale, du nervosisme, de la
 “névropathie cérébro-cardiaque, puis, qu'on recherche après
 “cela la modalité pathogénique de chacun de ces états, et les
 “notions physiologiques qui doivent servir de base à cette
 “recherche imposent pour tous une interprétation identique,
 “en montrant comme éléments générateurs constants de ces
 “formes symptomatiques, l'*anémie cérébro-spinale*, et l'*excita-
 “bilité anormale* des centres nerveux, principalement dans la
 “sphère *sensitive* et la *vasomotrice*.—Physiologie, pathogénie,
 “clinique, tout concourt donc pour démontrer l'unité réelle de
 “ces divers états morbides, qu'une observation insuffisante ou
 “exclusive a pu seule dissocier à l'égal de maladies diffé-
 “rentes.”

Nous voici donc en face d'un trouble général de l'innervation
 caractérisé par des symptômes asthéniques. M. le professeur
 Jaccoud donne à cette unité nosologique le nom d'*irritation
 cérébro-spinale* ou de *névropathie cérébro-cardiaque*, et l'a dit,
 comme nous l'avons vu, liée à l'*anémie* cérébro-spinale. Les
 pathologistes anglais et américains l'appellent épuisement ner-
 veux (*nervous exhaustion*) ou neurasthénie (*nervous asthenia*)
 et la croient indépendante de l'hypoglobulie et de l'ischémie.

Examinons maintenant cette question.

PATHOGÉNIE.—Maladie essentiellement fonctionnelle, la neu-
 rasthénie consiste en un épuisement plus ou moins marqué de
 la force dite nerveuse. Fatigué par une suractivité qui peut
 venir de causes diverses, le système nerveux central et péri-
 phérique est frappé de langueur et d'asthénie tout comme le
 sont les muscles surmenés et les organes des sens trop constam-
 ment appliqués à leur fonctionnement physiologique. Cette

définition n'est peut-être pas tout-à-fait satisfaisante. On comprendra mal, sans doute, un épuisement quelconque sans altération dans la structure ou la nutrition de l'organe ou de l'appareil épuisé. Aussi la neurasthénie est-elle considérée par le grand nombre des pathologistes comme l'expression d'un manque de nutrition du système nerveux. En effet, il en est de celui-ci comme de tous les autres systèmes de l'économie. Qu'il soit surmené, qu'on lui refuse le repos nécessaire et le temps de réparer sa force moléculaire perdue par le travail auquel il a été soumis, aussitôt on le verra se débilitier. Si donc la neurasthénie est une maladie fonctionnelle, comme je le disais tout à l'heure, ce ne peut être qu'au point de vue de ses manifestations extérieures. Elle consiste essentiellement en une innutrition des centres nerveux et du système ganglionnaire.

Écoutons le professeur Erb parlant de la *neurasthénie spinale* :
 “ Il est on ne peut plus naturel de croire que nous avons affaire
 “ ici à des altérations nutritives insaisissables (*subtile nutritive*
 “ *changes*) dans la moëlle épinière, altérations que nous
 “ sommes forcés de supposer aussi, au moins pour le présent,
 “ dans tant de maladies du système nerveux..... Nous ne con-
 “ naissons rien encore concernant la nature des altérations de
 “ nutrition qui ont lieu dans cette maladie ” (1).

D'après certains auteurs, la neurasthénie et en particulier l'asthénie cérébrale ne serait que le précurseur du ramollissement cérébral soi-disant *idiopathique*. Cette théorie est assez peu admise maintenant.

Quant aux changements dans la *structure* des appareils nerveux épuisés, bien que nos moyens de diagnostic ne nous aient pas encore permis de les découvrir, il n'est pas irrationnel de supposer qu'il y en ait. On a signalé entre autres la dilatation permanente des capillaires dans les centres nerveux, en se basant sur les faits physiologiques suivants : Chaque fois qu'un organe est mis en activité, il y a vers cet organe, afflux sanguin et hyperémie active, et nous avons un bel exemple de ce fait dans la congestion de la muqueuse gastrique pendant le travail de la digestion. Si l'organe est surmené, en d'autres termes, s'il fonctionne plus qu'il ne doit d'après les lois naturelles, la congestion se prolonge elle aussi, devient pathologique, et nous avons comme conséquence dilatation permanente des capillaires. A cette hectasie des vaisseaux se joindra nécessairement la stase sanguine (hyperémie passive). Mais ce n'est là qu'une hypothèse, et je la donne comme telle.

(1) Ziemssen's Cyclopedia, vol. XIII.

Avant ces derniers temps, alors que l'on confondait la neurasthénie avec l'anémie générale ou avec l'ischémie, l'on attribuait généralement à celles-ci les symptômes de débilité produits par la langueur nerveuse. Or il est un fait constant, c'est que la neurasthénie non-seulement *peut* exister, mais encore existe dans l'immense majorité des cas sans aucune altération soit en quantité, soit en qualité de la masse sanguine. Il est vrai qu'occasionnellement les sujets atteints d'asthénie nerveuse sont en même temps anémiques, et que, d'un autre côté, l'anémie amène parfois des perturbations nerveuses analogues aux troubles si variés de la neurasthénie, mais il n'en est pas moins vrai de dire que le rapport de cause à effet que l'on avait presque universellement admis entre l'hypoglobulie et l'épuisement du système nerveux n'existe que comme exception. Je le répète, ces deux maladies diffèrent essentiellement l'une de l'autre.

D'après l'idée que l'on se forme communément de l'asthénie en général, on serait peut-être porté à croire qu'on n'y doit rencontrer que des symptômes parétiques, ou même franchement paralytiques, des symptômes d'atonie pure et simple. Pourtant, comme nous le verrons bientôt, l'histoire clinique de la neurasthénie nous offre à la fois ou successivement des signes d'atonie et de surexcitabilité. Cela se comprend. Le système nerveux est épuisé, soumis qu'il a été à des excitations trop fréquentes ou trop vives. "L'excitabilité des éléments nerveux est moins puissante, ses effets sont moins énergiques et l'épuisement en est plus rapide."—(Jaccoud). Mais d'un autre côté, par le fait du trouble nutritif dont j'ai parlé il y a un instant, cette excitabilité est mise en jeu par les moindres excitations, excitations qui, chez l'individu sain, ne produisent jamais de tels effets. Si donc d'une part, la réaction est moins puissante, moins durable, (et dans les cas bien prononcés, elle peut être à peu près nulle), d'autre part aussi elle est provoquée par des impressions qui ne devraient pas l'éveiller.

ÉTIOLOGIE.—Nous avons ici affaire à deux ordres de causes. Causes prédisposantes et causes déterminantes. L'hérédité, le tempérament dit nerveux et le sexe féminin constituent les trois principales causes du premier groupe.

L'hérédité joue assurément un grand rôle comme cause prédisposante. Il est, on le sait, des personnes qui naissent avec un système nerveux déjà faible et qui, par conséquent, sont d'autant plus prédisposées à subir l'influence des causes occasionnelles. Il n'est pas rare non plus de rencontrer des familles dont les membres sont tous, plus ou moins, et à des

degrés plus ou moins prononcés, affectés de neurasthénie. Mais l'hérédité ne joue peut-être pas dans la production de cette affection un rôle aussi considérable qu'on a voulu le croire.

Les statistiques assez récentes de Krishahor établissent la fréquence plus grande de la maladie chez l'homme, comparée à sa fréquence chez la femme. Sur trente-huit patients, vingt-deux appartenaient au sexe masculin. Les auteurs américains que j'ai eu occasion de consulter sont également unanimes sur ce point. D'où vient cela? Ne semblerait-il pas que le *sex féminin* (cause prédisposante) étant plus que l'autre doué du *tempérament dit nerveux*, (autre cause prédisposante) dût fournir à l'épuisement nerveux un plus fort contingent de sujets? Essayons d'éclaircir ce point. Il est vrai que, *en principe*, le tempérament nerveux de la femme, prédispose celle-ci à la neurasthénie, mais *en fait*, l'homme est, beaucoup plus que sa compagne, exposé aux causes déterminantes de la maladie. On peut dire que celle-ci existe *en puissance* chez la femme et *en acte* chez l'homme. Ceci est surtout vrai pour l'épuisement cérébral que l'on rencontre presque exclusivement chez l'homme. Par contre, on constate plus fréquemment chez la femme l'épuisement spinal ou sympathique. Cela se conçoit si on réfléchit au fait que l'homme est beaucoup plus que la femme occupé des travaux de l'esprit. "Cependant, depuis que celle-ci a, en vertu de certaines prétentions, pris elle aussi sa part plus large dans les travaux de l'intelligence, depuis que nous avons des femmes-médecins, des femmes-avocats etc, le sexe faible est en bonne voie de fournir à la cérébrasthénie sa bonne part de *patientes*." C'est un de nos voisins qui fait cet aveu.

Pour ce qui est de l'âge, on peut dire que les cinq-septièmes des cas ont trait à des individus âgés de 20 à 40 ans, (Jaccoud) l'enfance et la vieillesse en étant comparativement exemptes. Aux États-Unis, le plus grand nombre des cas se montrent chez des sujets dont l'âge varie entre 15 et 45 ou 50 ans. En effet, c'est précisément entre ces deux époques que les causes occasionnelles ou efficientes se rencontrent.

Ces causes occasionnelles comprennent tout ce qui fatigue et surmène le système nerveux, de quelque nature que ce puisse être. Ainsi agissent les excès de travail intellectuel combinés ou non avec les veilles prolongées ou des écarts de régime. C'est à cet ordre de causes que sont surtout exposées les personnes engagées dans le commerce, et plus spécialement celles dont les affaires compliquées ou en mauvais état demandent de la part des intéressés une continuelle et inquiète surveillance, les banquiers, journalistes, (pas tous!) hommes de lettres, avo-

cats, notaires, médecins et aussi ceux qui, pour leur malheur, sont lancés sur le dangoreux terrain de la politique. Mais chez ces personnes, ce n'est pas le travail intellectuel seul qui soit la cause du désordre nerveux. Les veilles prolongées, les écarts de diète et d'autres excès encore sont pour beaucoup dans le résultat produit.

Les impressions psychiques très vives, la peur, le chagrin, produisent les mêmes effets chez certaines personnes, surtout chez les femmes. Le Dr S. Weir Mitchell cite le cas d'un jeune homme de 18 ans qui, assistant aux funérailles de son père, glissa sur le sol humide et tomba dans la fosse où l'on avait descendu le cercueil. L'impression de terreur produite chez ce jeune homme fut le point de départ d'un épuisement nerveux très bien marqué, et d'autant mieux marqué que chez lui, le système nerveux était le seul affecté, la santé générale se maintenant excellente.

Parmi les excès de tout genre qui amènent l'épuisement nerveux et plus particulièrement la Myélasthénie j'appuierai surtout sur l'abus des fonctions génératrices. Nous avons vu que la neurasthénie se montre surtout entre 15 et 45 ans. Or n'est-ce pas aussi entre ces deux âges que les fonctions génitales sont les plus actives et les plus exercées? Ainsi, les excès de coit, les pollutions nocturnes trop fréquemment répétées, les pollutions diurnes et surtout l'habitude de la masturbation amènent, et quelquefois très rapidement, une prostration des forces plus ou moins considérable suivant le tempérament préalable des sujets. Qu'est-ce après tout, que la soi-disant fièvre hectique des jeunes mariés, si ce n'est une asthénie spinale et sympathique à l'état d'acuité? La débilité produite dans l'appareil nerveux par les excès que je viens de nommer est loin d'être due exclusivement à l'émission trop abondante du liquide séminal, quoiqu'on en ait dit. Pour qui se rend bien compte du rôle que joue le système nerveux dans l'émission du sperme et dans l'accomplissement des actes générateurs en général, cette proposition ne saurait paraître douteuse. " Dans le temps si court de l'éjaculation dit le Dr Richard, toutes les forces du système nerveux semblent se concentrer dans le système génital qui est alors le point de départ de mouvements réflexes, de spasmes, de cris involontaires. Ces sensations rapides, énervantes, amènent chez quelques-uns des convulsions de forme presque épileptique." (1) On peut en dire autant des sensations éprouvées dans l'acte de la masturbation. On conçoit donc que les secousses imprimées à tout l'organisme par la répétition fré-

1) Richard—Histoire de la Génération.

quente des actes en question puisse et doive entraîner une rapide déperdition des forces nerveuses. Sous ce rapport, la masturbation est peut-être plus nuisible encore que l'abus de coit, vu que les sujets ont à chaque instant l'occasion et la possibilité de s'y livrer, même avant l'âge de puberté.

Citons encore comme causes occasionnelles de la neurasthénie, l'abus du thé, du café, de l'opium et surtout du tabac. Tout le monde connaît les symptômes nerveux produits par l'usage en excès de ce narcotico âcre. Les effets du poison se remarquent surtout chez les sujets nerveux, et d'une manière frappante encore chez ceux affectés d'ataxie, ou de paralysie agitante. Mitchell, de Philadelphie, regarde le tabac comme étant uno des plus puissantes causes de *nercosisme*.

SYMPTOMATOLOGIE—Les symptômes de la neurasthénie varient pour ainsi dire à l'infini, suivant les conditions de tempérament et d'habitudes où se trouve le patient. Ils varient encore suivant que c'est le cerveau ou la moëlle épinière ou le système sympathique qui est affecté d'épuisement. Pour plus de clarté nous adopterons l'ordre précédent dans la description des symptômes.

Epuisement cérébral. — Règle générale, le premier symptôme remarqué par le malade, et celui dont il se plaint le plus volontiers, est une *répugnance invincible pour tout travail de l'esprit*. C'est aussi le symptôme le plus universellement constant de la maladie. Il se montre dans chaque cas. Si le patient parvient pour un certain temps à vaincre cette répugnance en essayant de se livrer à un travail intellectuel quelconque, celui-ci, quelque court qu'il ait pu être, suffira peut-être à épuiser la faculté de penser ou à amener la confusion des idées. En un mot, l'esprit a perdu son équilibre. La plupart du temps la mémoire est affaiblie, quand elle n'est pas tout à fait éteinte. En quelques cas, elle reste parfaitement indemne. L'*insomnie* est assurément aussi un des symptômes les plus marqués. Elle se montre dès le début et je l'ai constatée dans tous les cas. Le *vertige* se manifeste aussi, lui, dès le début, et se fait remarquer par sa persistance.

Les malades éprouvent un sentiment de *languueur* et de *lassitude* indicible. Continuellement disposés à voir tout en noir, ils craignent que leur santé générale ne s'altère, ou se croient atteints de quelque maladie incurable. Et plus cette pensée les préoccupe, et plus le trouble psychique devient considérable. Souvent ils sont d'une *timidité* excessive, quelques-uns même ayant une continuelle tendance à *verser des larmes*. A cette dépression mentale vient se joindre tôt ou tard une *débilité physique* qui n'est que la conséquence de la maladie propagée.

à la moëlle épinière et au système sympathique. Chez quelques-uns, enfin, se développe un *désir immodéré* des liqueurs spiritueuses ou des substances narcotiques.

Parmi les *troubles locaux*, il faut noter surtout ceux qui se manifestent dans les divers organes où se distribue le pneumogastrique. Ce nerf, comme chacun le sait, donne des branches au cœur, à l'appareil respiratoire et à la partie supérieure du canal alimentaire. Ainsi nous rencontrons la *dyspepsie dite nerveuse*, la *dyspnée*, souvent considérable, et des *palpitations cardiaques* excessivement pénibles. Chez un de mes patients, cette dyspepsie nerveuse était surtout remarquable par le fait que le travail digestif se faisait beaucoup plus rapidement qu'à l'état normal. Aussitôt que l'estomac s'était débarrassé de son contenu, si une nouvelle ingestion d'aliments ne venait combler le vide, au moins partiellement, ce qui arrivait nécessairement la nuit, aussitôt, dis-je, se manifestait une abondante transpiration suivie de coliques plus ou moins flatulentes, et d'évacuations la plupart du temps liquides. Un besoin continu de bâiller doit aussi être mentionné parmi les manifestations de cette dyspepsie nerveuse.

Les *palpitations*, bien que se montrant assez souvent dans la cérébrasthénie, sont plus fréquentes encore dans l'épuisement sympathique où nous les retrouverons bientôt.

Les nerfs craniens autres que la pneumogastrique sont aussi à leur tour troublés dans leur fonctionnement. C'est ainsi que se produit de l'*asthénopie*. "La photopsie est quelquefois si intense que le moindre rayon de lumière ne peut être supporté."—(Jaccoud). Outre que l'acuité de la vision est parfois diminuée, les malades se plaignent souvent de l'apparition de *phosphènes* ou de *mouches-volantes* dans le champ visuel. L'ouïe peut également être exaltée à un tel point que le bruit le plus léger réveille une impression pénible, le sujet accusant aussi le *son de cloches* dans les oreilles. Il est plus rare de rencontrer des troubles du goût et de l'odorat.

Les symptômes fournis par les nerfs de la sensibilité tactile et douloureuse ne sont pas moins remarquables que ceux que nous venons de voir. De ce nombre sont des névralgies de diverses forme et intensité et parmi lesquelles viennent en premier lieu la *migraine* et une sensibilité particulière du cuir chevelu. D'abord limitées aux ramifications des nerfs craniens, les névralgies se propagent bientôt aux branches des nerfs spinaux et du grand sympathique, de sorte qu'on peut les classer parmi les phénomènes secondaires.

Très souvent les malades se plaignent d'une sensation de plénitude dans les oreilles et la tête, ou de chocs dans la cavité

crânienne, tout comme si les deux électrodes d'une batterie galvanique étaient appliqués sur deux points opposés du crâne.

Bien que je n'aie pas eu occasion de constater de phénomènes paralytiques chez les malades que j'ai vus, je ne suis pas prêt à nier la possibilité de leur manifestation, parce que j'ai cru remarquer chez un ou deux de mes patients des signes de paralysie incomplète (*parésie*). Cette parésie ne se montre du reste qu'à une période avancée de la maladie et n'est pas invariablement présente.

Quelquefois il y a syncope. Parfois encore se montrent des symptômes qui indiqueraient une congestion active intense du cerveau et menace d'apoplexie. C'est là, du moins, l'appréhension des malades. Un de mes patients a longtemps offert et offre encore, (bien qu'à un moindre degré maintenant) ce symptôme d'une manière frappante. A de certains moments, après quelque temps de travail intellectuel, il se croyait sur le point d'être foudroyé par l'apoplexie, malgré ses *vingt-cinq ans*. Cette crainte, ajoutée au trouble déjà existant, portait chez ce sujet la surexcitation nerveuse à son plus haut degré.

(A suivre.)

Ligature de l'artère femorale.

Etablissement de la circulation collatérale, conservation du membre, etc.

MM. LES RÉDACTEURS,

Les ligatures des artères principales des membres sont assez rares et assez importantes pour que je crois intéresser vos lecteurs en rapportant le cas suivant.

Voici en quels termes mon confrère et ami le Dr. G. Lussier de Waterloo, P. Q., m'écrivait en février dernier pour me demander mon opinion sur ce cas difficile :

"Le 26 janvier, M. M... Mc., âgé de 26 ans, d'une assez bonne constitution mais d'un tempérament très nerveux, s'est donné un coup de couteau dans la cuisse en voulant couper un morceau de cuir. Il s'en suivit une hémorrhagie subite et abondante, que son père, avec une remarquable présence d'esprit, réussit à arrêter en serrant fort et à pleine main la partie lésée.

“Je fus appelé aussitôt, mais comme la distance à parcourir, aller et retour au village, était de 16 milles, l'hémorrhagie était tout à fait arrêtée lorsque j'arrivai.

“Ne soupçonnant pas une blessure de l'artère, je fis un panso ment ordinaire, et tout alla bien jusqu'au 11 février, jour où je fus requis de nouveau auprès de M. Mc.

“A cette date, il s'était formé un vaste épanchement sanguin à l'endroit de la blessure; les battements isochrones à ceux du cœur le bruit du souffle, perçu en auscultant cette tumeur, ne me laissèrent aucun doute sur sa nature.

“Pour donner à mon patient toute chance possible d'échapper aux dangers d'une opération, j'appliquai un tourniquet au-dessus de la blessure afin de diminuer le courant circulatoire, puis j'exerçai en même temps une forte compression sur la tumeur au moyen d'un bandage compressif.

“Ce traitement fut continué pendant huit jours, mais sans amélioration; au contraire, la tumeur augmentait de volume, les pulsations devenaient plus facilement perceptibles, plus superficielles; un point surtout au centre de la tumeur se ramollissait graduellement de jour en jour.

“ Craignant la perforation des téguments et une hémorrhagie subite et mortelle, je jugeai à propos d'appeler un confrère, car je croyais la ligature indispensable pour mettre la vie du patient à l'abri du danger. Le 20 février j'envoyai un télégramme au Dr. Brosseau le faisant demander immédiatement auprès de mon malade.”

Aussitôt que j'eus reçu ce télégramme je partis pour Waterloo. Nous arrivâmes, le docteur Lassier et moi chez M. Mc., vers 10 hrs. P. M. Après un examen minutieux je constatai qu'il y avait en effet, à la réunion du tiers moyen avec le tiers inférieur de la cuisse, une tumeur pulsatile mesurant environ quatre pouces de diamètre. Sur un point ramoli au milieu de cette tumeur on percevait les pulsations artérielles plus distinctement, même qu'on ne les perçoit ordinairement à l'artère fémorale. La peau paraissait usée à cet endroit et prête à laisser échapper le sang. L'auscultation donnait un bruit de souffle très marqué. En comprimant la fémorale sous l'arcade crurale toute pulsation cessait, de plus la tumeur diminuait sensiblement de volume, pour reprendre son état premier lorsqu'on cessait la compression. Que nous restait-il donc à faire? La compression avait été exercée, sans succès durant douze jours, la tumeur au lieu de diminuer de volume avait augmenté, les pulsations plus superficielles, la perforation complète des téguments était imminente, etc., etc.

Après mûre réflexion nous nous décidâmes à proposer au patient la ligature de l'artère. Avant d'en venir à cette grave détermination nous avions bien pesé les dangers de la gangrène et d'une amputation dans le cas où la circulation collatérale ne s'établirait pas du tout ou ne s'établirait qu'imparfaitement.

Nous avons expliqué franchement au malade et à ses parents la gravité du cas; nous leur avons fait comprendre combien une hémorrhagie soudaine et mortelle était imminente, et que d'un autre côté pour échapper à cet immense danger, il fallait courir le risque d'une gangrène et conséquemment d'une amputation ultérieure. Après cet exposé le malade et les parents consentirent bien volontairement à la ligature.

Tout étant préparé pour la ligature, le patient anesthésié, la partie bien éclairée par deux lampes à pétrole, les points de repère exactement pris, un bon fil de soie préparé, etc.

Des ma première incision je tombai sur le couturier (car je me trouvais au milieu de la cuisse) à environ 1½ pouce en haut de la blessure que j'écartai en dehors, le muscle et les parties environnantes étaient infiltrés de sang, malgré cet inconvénient je pus atteindre l'artère et la dénuder facilement et faire ma ligature aussi classiquement que possible.

Aussitôt le vaisseau oblitéré, on vit la tumeur diminuer de volume; les pulsations cessèrent complètement.

Mon collègue devant rester auprès du malade il fut convenu qu'il ferait la ligature au-dessous de la tumeur dans le cas où les pulsations se manifesteraient de nouveau après mon départ.

Tout le membre fut immédiatement entouré de ouate et de flanelles chauffées, et la chaleur normale ainsi entretenue.

Voici ce que le Dr J. Lussier m'écrivait en date du 12 mars: "Après votre départ, le patient sous l'influence des narcotiques a bien reposé pendant plusieurs jours; la cuisse est devenue enflée, le pied engourdi, les veines gonflées, mais la température a tout le temps été entretenue à l'aide des flanelles chaudes.

"Au sixième jour, à l'endroit de la blessure apparut une élévation marquée, d'une couleur noirâtre, ce qui me fit craindre un abcès. La plaie de la ligature commença à suppuer.

"Le fil de la ligature est tombée le 12ème jour. Aujourd'hui le patient se porte bien, les engourdissements sont plus rares et moins marqués, il se lève seul et passe une partie des journées sur sa chaise, son appétit est bon, etc.

"Enfin tout me donne à espérer que la circulation collatérale est établie et que conséquemment le patient va rester avec un membre sain et utile.

« Durant tout cette période, le membre a toujours gardé une température voisine de la normale. Dans ses grandes souffrances, causées par l'engourdissement, le malade éprouvait du soulagement par la friction ainsi que par les mouvements passifs du pied.

Après avoir pris connaissance de ce cas de traumatisme, on se demande naturellement comment il se fait que du 26 janvier (jour de l'accident) jusqu'au 11 février, il n'y ait eu aucun signe de lésion artérielle ?

Voici l'explication de ce fait étrange.

La plupart de nos auteurs s'accordent à dire que si la gaine celluleuse et la tunique externe d'une artère sont ouvertes par un instrument, et que les tuniques internes et moyennes soient restées intactes, le sang est retenu dans le vaisseau artériel, car ces deux tuniques suffisent à cet effet. Mais si les membranes externes et moyennes sont divisées et qu'il ne reste que la mince tunique interne, *celle-ci fait hernie* et cède sous l'impulsion du sang, et une hémorrhagie a lieu plus tard, ou encore l'hémorrhagie peut ne pas avoir lieu immédiatement si la plaie est très petite et qu'il y ait un défaut de parallélisme des tuniques perforées; dans ce cas, si l'union n'a pas lieu de suite, la pression du sang agrandit l'ouverture et une hémorrhagie secondaire a lieu.

Il arrive aussi qu'un caillot se forme et bouche momentanément la plaie artérielle; puis, cédant aux efforts du sang, donne lieu à une hémorrhagie secondaire.

Si le malade perd promptement une grande quantité de sang, la syncope arrive et la formation d'un caillot obturateur, l'hémorrhagie, arrêtée momentanément, peut reprendre ensuite.

Il peut arriver aussi que le sang pénètre dans la gaine de l'artère et dans les parties voisines, cela s'annonce par un gonflement d'abord mou, mais dont la consistance augmente peu à peu. La peau devient d'abord bleuâtre, puis d'un rouge tencé ecchymotique. On perçoit des battements isochrones à ceux du pouls; l'oreille perçoit un bruit de souffle.

La suppuration peut encore se développer dans la plaie, ramollir le caillot, en détruire les adhérences et amener un résultat fâcheux. Que s'est-il passé dans le cas actuel? Nous sommes portés à croire que le couteau avait lésé les tuniques externes et moyennes et que la tunique interne a cédé graduellement sous la pression du courant circulatoire, d'où l'anévrisme qui a nécessité la ligature.

Dans toutes les plaies d'artères le but à atteindre c'est l'oblitération du vaisseau.

Les moyens varient suivant le volume de l'artère lésée et la grandeur de la plaie.

Ces moyens sont la compression, la torsion et la légature.

La compression est un moyen difficile à supporter et souvent inefficace; mais vu son innocuité, elle doit toujours être tentée en premier lieu.

La légature doit se faire en général au point lésé ou près de ce point, afin que l'hémorrhagie ne puisse revenir entre cette légature et la plaie, par la circulation collatérale.

Il ne faut jamais lier une grosse artère, lorsqu'une branche moins volumineuse est seule ouverte, et augmenter ainsi la gravité de l'opération.

Il est quelquefois nécessaire de lier au-dessus et au-dessous d'une plaie artérielle.

La grande plasticité du sang et de la syncope peuvent déterminer la formation d'un caillot, qui arrêtera brusquement l'écoulement sanguin.

Après une légature le caillot s'étend toujours jusqu'à la collatérale la plus voisine, conséquemment le caillot est plus ou moins long.

Chez le patient qui fait le sujet de cette observation le caillot remonte jusqu'à l'artère profonde.

Vers la 36^e ou 48^e heure l'adhérence s'établit entre lui et l'artère.

Une extrémité du caillot répond à la légature, l'autre est en contact avec le sang.

Dans les cas favorables le caillot présente d'abord une densité notable, d'un rouge foncée, il se décolore et se durcit peu à peu.

Certains auteurs prétendent que le caillot reste toujours une masse sanguine sans organisation, tandis que d'autres prétendent qu'une sorte de vie se transmet des parois artérielles au caillot c'est ce que ces derniers appellent la vascularisation du caillot.

Après la légature il se fait dans la circulation collatérale des anastomoses qui entretiennent la nutrition des parties situées au-dessous du point lié, cela a lieu par l'intermédiaire des *vasa vasorum* et par la dilatation des vaisseaux déjà existants dans la profondeur des tissus. Même quand la circulation collatérale s'effectue dans les membres où l'on a pratiqué la légature de l'artère principale, il reste une certaine faiblesse jointe à une nutrition imparfaite.

Le membre reste plus sensible au froid. Souvent aussi sur les parties du membre qui sont exposées à une pression continue et forte, il se déclare des phlicènes et mêmes des eschares

limitées. Ces lésions sont l'effet d'une nutrition imparfaite. Chez notre malade, son long séjour au lit a amené d'abord des phlictones puis des eschares superficielles, au talon et sur le côté externe du pied. J'ai aussi eu occasion de constater il y a quelques années les mêmes phénomènes chez un jeune commis qui avait subi la ligature de la brachiale.

A. T. BROUSSEAU.

Du traitement du rhumatisme articulaire aigu ou inflammatoire.

Leçon du Dr. Hubert LaRue, professeur à l'Université Laval, Québec, rapportée par A. Trudel, étudiant en médecine.

MM. les Rédacteurs,

Récemment quelques articles pleins d'intérêt sur la pathologie et le traitement du rhumatisme articulaire aigu ont été publiés dans *l'Union Médicale*. Je vous prie de reproduire l'extrait suivant d'une leçon sur le traitement de cette maladie du Dr. Hubert LaRue, Professeur à l'Université Laval.

"Le rhumatisme articulaire aigu, a-t-il dit, est une maladie que l'on rencontre fréquemment dans la Province de Québec. Peu dangereuse en elle-même dans la période aiguë, elle devient d'une gravité extrême à cause des complications dont elle s'accompagne.

"En effet, l'insuffisance valvulaire est si souvent la conséquence du rhumatisme articulaire aigu que chaque fois que je me trouve en présence d'un cas d'hydropisie, la première question que je pose au malade est la suivante: "Avez-vous jamais eu le rhumatisme inflammatoire?" Et, 99 fois sur 100, lorsque l'hydropisie est due à une insuffisance valvulaire, la réponse est affirmative.

"On a eu recours à toute espèce de traitements, on a épuisé la liste des médicaments trop nombreux de la pharmacopée pour combattre cette maladie, mais avec si peu de succès, qu'un médecin anglais à qui l'on posait la question suivante: "Quel est le meilleur traitement pour le rhumatisme inflammatoire?" répondait et avec raison: "six semaines."

"En 1869 ou 1870, je ne me rappelle plus l'année, le Dr. Davis de Londres, annonçait dans la "Lancet" qu'il avait découvert un médicament nouveau pour le traitement de cette maladie: c'était l'emploi des vésicatoires. Deux jours plus tard,

j'étais de service à l'Hôtel-Dieu de Québec, comme professeur de Cliniques, et parmi mes malades se trouvait une femme souffrant du rhumatisme inflammatoire.

“ Je comptai en présence des élèves qui assistaient à la Clinique le nombre des articulations affectées, et je constatai qu'il y en avait 22, comptant pour une articulation chacune des articulations des doigts et des orteils.

“ C'était un samedi.

“ J'ordonnai l'application des vésicatoires à raison de quatre à la fois sur les grandes articulations et l'application d'*acetum lythac* sur les petites. Le lundi suivant, 48 heures après, la malade était guérie.

“ Depuis cette époque, j'ai traité de la même manière une cinquantaine de cas de rhumatisme articulaire aigu, toujours avec le même succès. c'est-à-dire, qu'avec les vésicatoires appliqués d'une manière judicieuse, un cas de rhumatisme articulaire aigu doit céder à ce traitement dans l'espace de 48 heures.

“ Pour obtenir tout le succès possible avec les vésicatoires, il faut savoir comment les appliquer. Ces vésicatoires doivent être grands et larges et embrasser toute l'articulation. Ainsi, comme exemple, pour l'articulation du genou, chez un adulte, le vésicatoire doit avoir les dimensions suivantes : longueur, 12 ou 15 pouces ; largeur, 5 pouces. On le laisse en place durant 5 heures ; ensuite on l'enlève et on applique sur la partie un cataplasme.

“ On promène ainsi des vésicatoires sur toutes les articulations à mesure que l'inflammation s'y développe.

“ Lorsqu'on n'a que trois ou quatre articulations à combattre, il est mieux d'appliquer un autre vésicatoire sur une articulation saine.

“ En vue de prévenir des complications cardiaques—(ce qui est le plus à craindre dans le rhumatisme inflammatoire)—je mets un petit vésicatoire de deux pouces de largeur et de trois pouces de longueur sur la région du cœur.

“ Diète : bouillon, lait, par verre à vin, toutes les heures et toutes les deux heures.

“ Sous l'influence de ce traitement les symptômes fébriles disparaissent dans l'espace de 24, 36, 48 heures et le rhumatisme inflammatoire aussi.

“ Depuis deux ou trois ans on a beaucoup vanté l'efficacité de l'acide salicylique et des salicylates pour le traitement de cette affection.

“ Ils ne m'inspirent que peu de confiance : et jusqu'à preuve

du contraire j'aurai recours à l'usage des vésicatoires employés suivant la manière que je viens de vous décrire.

"Je vous conseille de suivre mon exemple."

"Quelques jours après la cessation du rhumatisme articulaire aigu surviennent ordinairement des symptômes de rhumatisme chronique qui n'ont guère d'importance pour les complications cardiaques.

"Dix grains d'iodure de potassium une demi-heure ou une heure avant les repas, à jeun, trois fois par jour, pendant quatre ou cinq jours font disparaître ces douleurs."

Québec, Université Laval, 31 Mars 1879.

COMMUNICATIONS.

Vagissements utérins.

Monsieur le Rédacteur,

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt les observations faites par MM. de Mussy et Depaul sur les vagissements utérins, et qui sont rapportées dans l'*Union Médicale* du mois de mars, 1879. A ces témoignages, je viens ajouter le mien, pour prouver la possibilité de tels événements.

Il y a déjà à peu près quatorze ans, je fus appelé auprès d'une femme qui était à son cinquième accouchement. Elle était enceinte de deux enfants, dont l'un offrait une présentation de la face, et l'autre du siège. Celui qui présentait la face vint le premier.

En faisant l'examen je ne pus reconnaître immédiatement cette variété de présentation du premier enfant, mon doigt entra directement dans la bouche de l'enfant, et je ne restai pas longtemps dans le doute touchant cette présentation, car en retirant mon doigt l'enfant poussa un vagissement très fort: Ce qui, vous pouvez le supposer, m'étonna beaucoup ainsi que les personnes présentes. Je fis pénétrer une seconde fois mon doigt dans la bouche de l'enfant, ce qui provoqua un nouveau cri très distinct. Afin de laisser parvenir jusqu'à lui l'air qui me paraissait lui être indispensable, j'ouvris le vagin autant que possible, et tout ce temps, à chaque douleur de la mère, l'enfant faisait entendre des vagissements plaintifs bien

distincts. La bouche de l'enfant correspondait parfaitement avec l'ouverture du col utérin, et en conséquence, l'air avait accès à ses poumons chaque fois que le vagin était ouvert par l'introduction de mes doigts.

Ce cas, quoique n'étant pas exactement semblable à celui rapporté par Depaul et de Mussyn'en est pas moins un magnifique exemple de vagissements utérins. J'ai donc pensé opportun de le faire connaître aux lecteurs de votre très utile et très intéressant journal de médecine.

Monsieur le Rédacteur,
J'ai l'honneur d'être etc.

Th. R. DUPUIS.

Kingston, 13 Mars 1879.

Une réponse à "Satire Médicale,"

Publiée par O. de Celse, dans le "Mouvement Médical" de Paris,
22 février 1879.

TRÈS HONORÉ CONFRÈRE,

Je suis convaincu, comme vous-même, que respect est dû à la propriété, à la propriété intellectuelle surtout, chose si rare et si digne de l'ambition et de l'orgueil de tout travailleur dans le champ de la science. Dans votre satire, vous m'accusez de méconnaître cette conviction, et, à l'appui de votre avancé, vous citez l'*Union Médicale*, vol. 8, janvier 1879, où se trouve un passage anecdotique que j'y ai mis moi-même et qu'on lit également dans le *Mouvement Médical*, 17 novembre 1877.

Vous avez raison, le passage est textuel; personne n'a essayé de le nier, pas plus moi qu'un autre, moi le criminel qui n'ai pas craint de vous envoyer une copie du journal dans lequel se trouve le délit si répréhensible!... Et pourquoi, je vous prie, aurais-je hésité à le faire? Y a-t-il réellement larcin, comme vous le dites sans gêne, mon cher M. de Celse, que j'ai bien l'honneur de saluer? Y a-t-il conséquemment substance à satire raisonnable? Je ne le crois pas, et vos lecteurs et les miens doivent partager mon opinion. Voyons, un peu de dissection, et vous êtes avec moi.

J'ai pris à M. Labbé, votre digne chef et maître, un exemple au sujet du pronostic et qui lui venait de M. Potain; je le cite:

“M. Potain nous cite à ce propos le cas suivant : une jeune fille vient de Londres à Paris pour consulter le médecin de Necker. “Docteur, lui dit-elle, en son cabinet, à peu près en ces termes : Je suis sur le point de contracter mariage. Cette union je la désire, je la souhaite, elle m'est si chère... Néanmoins, car je suis malade, donnez-moi sans réserve, comme sans restriction, tout votre avis. Dois-je attendre et combien ? ou dois-je pour toujours oublier?...” Honneur, délicatesse, droiture, franchise, la jeune fille met tout en jeu. Que répondre ? M. Potain ausculte la jeune fille et son oreille lui dicte ce diagnostic : Phthisie au premier degré. M. Potain va-t-il écrire, en tête de son ordonnance, cet arrêt de mort probable (question de temps), les recours en grâce sont si rares. Va-t-il brutalement, brusquement lui proscrire le mariage ? Va-t-il lui dire :

Ah ! pleure, fille infortunée !
 Ta jeunesse va se flétrir
 Dans sa fleur trop tôt moissonnée !
 Adieu, beau ciel, il faut mourir.

Mille fois non. M. Potain répondra à cette enfant avec le tact qui le caractérise, qu'elle est un peu faible en ce moment, et qu'avant de s'engager dans le mariage et dans ses suites (grossesse, accouchement, allaitement, etc.) elle ferait bien, dans l'intérêt de son mari, de ses enfants à venir, et dans le sien propre de prendre tels soins hygiéniques, tels réconfortants, de suivre tel régime. Dans ces cas comme dans bien d'autres le temps est tout.”

M. L'abbé n'a, dans cette anecdote qu'il emprunte au médecin distingué de l'hôpital Necker, que la forme et peut être qu'une partie de la forme, comme propriété ; ce n'est donc pas une chose qui *lui appartient en propre* que ce passage que j'ai fait voyager de son étude dans la mienne ; ce n'est donc pas une propriété sienne, ou propriété du tout ; ou encore si c'est une propriété à lui, c'est en commun avec notre maître Potain : or je donne à celui-ci crédit pour ce que je lui emprunte ; donc personne n'est pillé ; donc ni M. Labbec, ni vous, n'avez droit d'y trouver noise, à moins de vous mettre en brouille avec l'Académie.

Que l'école allemande fasse brigandage, chez vous, ou que l'école française y donne le change, il y a là matière à procès, crime de lèse nationalité, et un avocat pourrait y trouver une belle cause et vous M. de Celso matière à une satire de bon compte ; mais pour une bagatelle de quelques phrases qui ne peuvent, ni par le fonds, ni par la forme, constituer une propriété à votre chef qu'un voisin ne puisse toucher, même sans

permission ni action de grâces, pour une anecdote qui aussitôt née est fille adoptive de tous, — pourquoi tant de fiel, s'il vous plaît? Allons! ne soyons pas si susceptible et que l'esprit de revendication soit plus limité, qu'on ne lui fasse pas franchir les mers sans raison: il y a assez à faire sur votre continent avec raison. En effet, mon honnête collègue, si votre sévérité et votre attachement à la propriété intellectuelle sont une vocation chez vous, regardez autour de vous, cherchez un tant soit peu, et peu d'écrivains trouveront merci à vos yeux; il n'y aura peut-être de propriétés intellectuelles authentiques que vos satires!...

Non, mes amis du *Mouvement Médical*, je ne veux pas vous voler et je ne le puis pas; nous sommes trop en famille, et votre bagage, d'ailleurs, ne tiendrait pas dans ma valise....

Cela n'empêche pas que je vous en prendrai tout bonnement comme j'ai pris déjà, et comme je laisse prendre, à moins d'être convaincu tôt ou tard de l'illégalité de mon commerce: *res difficilis!*... Vos propriétés seront toujours les vôtres, et non celles de M. Potain.

Mon cher M. O. de Ceise, — est-ce bien là votre nom ou un pseudonyme alcalin affectionné? — est-ce conviction ou goût satirique qui a été le mobile de cette démarche plus ou moins intempestive à mon égard? Si c'est conviction de mon tort et de votre droit, je le comprends difficilement, comme j'ai essayé de vous le prouver; — si c'est goût, besoin insatiable, je vous plains, — quel goût! c'est à vous rendre malheureux; au moins choisissez mieux, je ne suis pas un moulin à vent, ni vous un don Quichotte...

Dans tous les cas, votre victime *pro tempore* se porte bien, malgré sa blessure, et est enchantée d'être des vôtres et espère l'être toujours.

SÉVÉRIN LACHAPELLE.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET CLINIQUE MÉDICALES.

Du traitement hygiénique des tuberculeux. — *Suite.*
— Par le professeur PETER, médecin de la Pitié. — Ce qu'il ne faut pas aux tuberculeux, c'est de *fumer*. Le tabac est un

véritable poison pour les pneumogastriques, il agit à la fois sur les poumons, le cœur et l'estomac : sur les poumons, intéresse les premiers—ou mieux sur les filots nerveux de la membrane muqueuse des voies de l'air (du larynx aux ramifications bronchiques) et produit ainsi, depuis la simple toux jusqu'à l'asthme tuberculeux, dont les effets s'ajoutent à ceux des lésions tuberculeuses. Le tabac agit également sur le cœur—je veux dire sur ses nerfs—et détermine, sans parler des intermittences du pouls, les palpitations, cela chez un malade, qui du fait même de sa tuberculose, et pour les raisons que nous savons, peut avoir des palpitations spontanées. Enfin, ou plutôt d'abord, le tabac agit sur l'estomac : il provoque successivement l'anorexie, la dyspepsie flatulente, par paresie de la sensibilité de la membrane muqueuse et de la motilité de la tunique musculaire, c'est-à-dire qu'il devient ainsi le complice de la tuberculose, qui tend, de ce chef, à engendrer la dyspepsie comme l'anorexie.

Ce qu'il ne faut pas davantage aux tuberculeux, c'est l'*acte vénérien*. En général, il n'y songent guère; cependant il en est incontestablement qui sont, jus-qu'au bout, d'une salacité malalive. Il faut leur prêcher la continence, sans grand espoir de réussir, la chose étant chez eux pathologique. Vous aurez plus de succès, et ce sera un grand bienfait à leur organisme,—chez ceux où l'acte est plutôt la conséquence d'une excitation cérébrale que d'un besoin physiologique.

Chez la femme tuberculeuse, ce besoin se fait peu sentir, et, généralement, l'acte y est moins désire, même par excitation cérébrale. En tout cas, il est, en soi et pour elle, de moindre dépense; mais si, à ce point de vue, il est bien moins malfaisant quant à l'acte, il est désastreux quant à sa suite possible, la grossesse; la grossesse, chez une malheureuse qui n'a pas trop de toutes ses forces pour se défendre désormais, et qui va être obligée de partager avec son produit; la grossesse, avec ses perturbations digestives, aggravant celles de la maladie tuberculeuse; avec sa pléthore pulmonaire gravidique, cause fréquente d'hémoptysie, et qui peut ainsi provoquer, si elle n'avait eu lieu déjà, l'hémoptysie tuberculeuse; la grossesse enfin, avec sa pléthore *ad molem*, qui, l'accouchement terminé, l'utérus vidé, va, *quærens quem decoret*, se retourner vers le poumon malade et précipiter l'évolution de ses lésions multiples.

Si donc, il s'agit d'une jeune fille, déconseillez le mariage; si, d'une femme mariée, vous savez maintenant ce qu'il faut dire au mari.

La peau fonctionne mal chez le tuberculeux par le fait de

son mal ou de son médecin, qui ne sait pas suffisamment le diriger ou l'utiliser. Et cependant quel organe et de quelle importance! Comme aussi de quelle ressource, surtout chez le tuberculeux!

On ne songe pas assez que la peau est un organe d'émergence pour certains déchets organiques, azotés et carbonés, etc. L'incomplète élimination est périlleuse pour l'organisme—comme il en est de l'insuffisance sécrétoire du foie ou des reins—et qu'ainsi le fonctionnement actif de la peau est de rigueur. On ne songe pas assez que la peau est un organe de sensation des plus délicats et qu'il y a, dans l'espèce, nécessité de faire appel à cette sensibilité même—car elle est une occasion de réflexes puissants pour l'ampliation pulmonaire (une excitation vive de la peau par le froid, par exemple, fait énergiquement respirer). On ne songe pas assez, enfin, que la peau est un organe de revêtement qui nous protège contre les offenses des agents extérieurs, qu'elle est destinée surtout à nous permettre de résister au froid comme au chaud, et qu'elle a d'autant plus d'aptitude à la résistance qu'elle a contracté davantage l'habitude de résister.

Il nous faut donc savoir utiliser la peau, faire appel à l'exquise sensibilité de ses nerfs, à l'abondance de sa circulation sanguine et lymphatique, comme à la richesse de son appareil sécrétoire, sudoral ou sébacé. Krause a calculé que le nombre des glandules sudoripares est, chez l'homme, de 2,281,240: que leur ensemble forme un volume total de 39 $\frac{1}{2}$ pouces cubes, qu'ainsi, le volume de foie étant de 88 pouces cubes, et celui des deux reins, de 14 pouces cubes, l'ensemble des glandes sudoripares représente un peu moins que la moitié de la masse du foie est trois fois plus que celle des reins. Voyez-vous d'ici l'importance d'une telle sécrétion et la nécessité d'en contrôler, d'en diriger, d'en modifier le fonctionnement?

Un admirable moyen hygiénique et thérapeutique à la fois c'est l'*hydrothérapie*; mais que de préjugés à vaincre, comme aussi que de précautions à prendre! Les gens du Nord l'acceptent et la pratiquent plus volontiers que nous: Bennet la conseille et on l'écoute. N'espérez pas un tel bonheur. Néanmoins on peut y arriver; et d'ailleurs il y a des indications, il faut savoir quand l'ordonner et quand cesser de le faire.

Pour ne pas trop brutaliser les gens ni leur peau, je conseille d'abord les frictions sèches, pratiquées matin et soir, sur la totalité de la peau, pendant cinq minutes au moins. Il en résulte la plus salutaire des excitations; elles suffisent parfois pour arrêter les sueurs de la nuit, surtout celles du début de la mala-

die tuberculeuse. Le malade peut se les pratiquer lui-même; il y trouve en même temps la gymnastique bonne à ses muscles et la stimulation bonne à sa peau; faisant ainsi coup double, puisqu'il fabrique du calorique par le mouvement musculaire et par le frottement cutané.

Apprivoisé par les frictions sèches, le tuberculeux arrivera facilement à la friction additionnée d'un stimulant quelconque, mais liquide, alcoolat de mélisse, eau de Cologne, vinaigre aromatique, baume de Fioraventi, ou, plus simplement, alcool grossier; mais toujours avec une pièce de flanelle en tampon.

C'est ainsi que vous parviendrez à la friction au linge mouillé d'eau froide; une serviette un peu rude, trempée dans l'eau froide, puis tordue, y suffit. On frotte rapidement la peau de tout le corps; il y faut une minute environ; puis, pour mieux faciliter la réaction, on peut pratiquer une friction sèche d'une à cinq minutes de durée. L'idéal serait de faire la chose matin et soir; le matin au sortir du lit, le soir avant d'y entrer. Le soir, surtout; on évite ainsi ou l'on modère singulièrement les sueurs de la nuit.

Cette diplomatie thérapeutique vous conduit ainsi graduellement à la lotion froide, qu'il faut faire d'abord à l'éponge simplement imbibée, et qu'on ne devra conseiller que plus tard, et à bon escient, à l'éponge ruiselante. Dans le premier cas, il y a réfrigération en même temps que friction; dans le second cas, il y a réfrigération et *saisissement* de la peau, chatouillée, stimulée, par chacun des petits filets d'eau qui ruisellent à sa surface, au sortir de l'éponge exprimée. Or, cette stimulation est des plus efficaces: il en résulte d'énergiques mouvements d'inspiration, dont bénéficient les lobules pulmonaires et l'hématose.

J'ai parlé de "diplomatie", elle est plus que nécessaire, alors que vous croirez pouvoir prescrire l'hydrothérapie. Il importe, en effet, à la sauvegarde de votre réputation, de prévenir les parents — sinon le malade — qu'il y a là une lésion contre laquelle vous n'essayez pas d'agir, lésion qui peut être cause d'accidents dont la lotion, même à grande eau, est innocente, et que, ce que vous avez en vue, c'est le mieux-être du tuberculeux, ainsi que la disparition des causes d'affaiblissement ou de congestion pulmonaire.

La lotion est préférable à la douche, en ce sens qu'elle est d'une pratique plus aisée, qu'on peut la faire à la maison, comme on veut, et sans frais. Cependant la douche a été employée avec succès par Fleury et par d'autres, ainsi que je vous le dirai tout à l'heure.

Voici comment je fais pratiquer l'hydrothérapie en ville; au

sortir du lit, alors que le malade a le plus chaud et qu'ainsi la réaction est le plus facile, il se découvre la poitrine, mais non le dos, et, avec l'éponge imbibée, se frotte la face, le cou, la poitrine; plus tard, il étend ses lotions à tout le tronc, poitrine, dos, aisselles, puis enfin à la totalité du corps; plus tard encore, au lieu de l'éponge simplement imbibée, il prend l'éponge *ruisselante*; il n'y a plus ici action de friction, il y a *réfrigération* seule, mais réfrigération brusque, saisissante, qui se généralise instantanément, donne un petit frisson et produit une réaction très vive; il ne faut jamais commencer par employer l'éponge ruisselante, le malade supporterait mal ce traitement et pourrait s'y refuser.

Ce qu'on fait à l'aide de l'éponge, on peut le faire à l'aide de la douche; d'abord douche en jet, enfin douche en pluie; la douche en jet a une action de percussion et de réfrigération; la douche en pluie, une action générale de réfrigération saisissante. La méthode est ici très importante; il ne faut pas indifféremment prescrire la douche en jet ou la douche en pluie; ce ne sont pas là de petits détails; leur inobservance peut compromettre une médication bienfaisante.

Il est indispensable que la durée soit courte surtout au début. A l'hôpital, les lotions durent de deux à cinq minutes; elles sont bien supportées, cependant c'est un peu long; le malade peut se les faire lui-même en une ou deux minutes. Pour commencer, Fleury donnait des douches de cinq à dix secondes pendant les premiers jours, puis il en augmentait la durée, mais jamais il ne dépassait une minute.

L'hydrothérapie, comme le dit justement Fleury, n'a pas seulement une action révulsive, elle a aussi une action tonique, reconstitutive; elle augmente la force de résistance de l'organisme.

Suivant Fleury, l'action locale de l'hydrothérapie est de combattre les congestions circumtuberculeuses, de ralentir, sinon de supprimer, le travail de ramollissement, par conséquent de diminuer la toux, les sécrétions merbides et l'hémoptysie.

Suivant le même médecin, son action générale est reconstitutive; par la réaction, il y a accélération de la circulation, dans les vaisseaux sanguins et les vaisseaux lymphatiques; la réaction se fait sentir sur l'innervation, sur les sécrétions sudorales et sébacées; l'appétit est plus vif, les digestions moins laborieuses; l'assimilation plus active par suite de l'activité plus grande de la circulation; la sueur, la diarrhée diminuent ou cessent, la fréquence du pouls tombe.—Il n'y a pas d'exagération dans ce que Fleury nous dit des bienfaits de l'hydrothéra-

pie, vous en avez eu la preuve sous vos yeux dans nos salles ; la femme couchée au n° 17 n'a plus eu de sueurs au bout de deux lotions seulement, par la même pratique, le phthisique du n° 4, si affaibli, a vu ses sueurs disparaître en partie ; le tuberculeux n° 51, qui a une des formes les plus lamentables de la phthisie, n'a plus de sueurs, le pouls est moins fréquent, la température générale est amoindrie. Vous voyez ce qu'on peut obtenir de ce moyen d'apparence révolutionnaire, et le plus étrange, c'est d'entendre les malades demander qu'on leur continue leurs lotions froides sur tout le corps, et, depuis ce temps, les congestions bronchiques et pulmonaires, auxquelles elle était sujette, ont disparu, les craquements secs persistent seuls, mais très limités. Un autre exemple est celui d'un homme chez lequel les lotions froides ont produit le plus grand bien être et ont certainement beaucoup ralenti la marche de la tuberculose. En cas même d'ulcération du parenchyme pulmonaire, l'action de l'hydrothérapie peut encore être bienfaisant, mais à un moindre degré.

Cependant, là encore, elle peut donner d'excellents résultats, surtout au cas de sueurs nocturnes. tel un monsieur, atteint de tuberculose infiltrée, qui a de nombreuses cavernes et un poumon à peu-près anéanti, dont les sueurs nocturnes, qui contribuaient à l'épuiser, sont presque chaque jour supprimées par les lotions froides à l'éponge, du matin et du soir ; c'est-à-dire qu'il y a des nuits où il n'en a pas et que les autres il en a désormais très-peu. Après chaque lotion, d'ailleurs, il éprouve une véritable restauration des forces.

Parmi les observations de Fleury, contrôlées par les médecins les plus recommandables, on peut citer celle d'un enfant de treize ans qui, par les indications du docteur Voisin, fut conduit à Fleury ; à son entrée dans l'établissement, ce malade avait du gazouillement et de la pectoriloquie au sommet du poumon droit, de la matité dans le tiers moyen et le tiers inférieur, matité tenant à de fausses membranes, restes d'une pleurisie qu'il avait eue un mois auparavant ; de plus, à gauche, il y avait des râles sous-crépitants, dureté de la respiration, craquements sous-claviculaires ; cet enfant était pâle, très maigre, il pesait 40 livres. La faiblesse et l'anémie étaient excessives ; il ne pouvait marcher qu'à l'aide d'un bâton ou du bras d'un aide ; il avait de la fièvre, la peau brûlante et l'appétit nul. Vous voyez d'ici le malade. Le premier jour, on lui donna une douche d'une seconde de durée, les jours suivants on la donna plus longue ; au bout d'un mois il avait augmenté de 8 livres ; il jouait, il courait. Au bout de deux mois il n'avait plus de gazouillement ni de râles au sommet droit, mais

de la respiration rude et amphorique (à ceux qui diraient que cela ne peut pas être, je rappellerai ce que j'ai observé chez un de mes bons amis qui, il y a vingt ans, avait manifestement des cavernes, et qui maintenant n'a plus qu'un peu de souffle tubaire, les cavernes s'étant cicatrisées). Au bout de deux mois donc, cet enfant avait la respiration rude et bronchique ; au bout de deux mois et demi il quittait l'établissement de Fleury, pesant 20 livres de plus qu'à son entrée, ne toussant plus, ayant de la vigueur et méconnaissable à ce point que le docteur Voisin hésitait à le reconnaître.

L'objection est que c'est chez un enfant que de pareils résultats ont été obtenus, la force de réparation y étant plus grande ; mais on peut citer l'observation d'une femme de dix-huit ans et celle d'un homme de trente-deux ans ; parlons de ce dernier.

Ce malade appela en consultation M. Louis, qui dit ne pas connaître les effets de l'hydrothérapie et ne la conseilla ni ne la déconseilla. Le malade arriva dans l'établissement de Fleury, couvert de flanelle de la tête aux pieds ; il avait une sainte horreur du froid et surtout de l'eau froide. Une douche en jet est rapidement promenée sur toutes les parties du corps ; particulièrement sur les extrémités inférieures et sur l'abdomen ; au bout de quelques jours les sueurs nocturnes avaient disparu. Ce malade, qui présentait, à son entrée, des craquements humides des deux côtés, des râles sibilants disséminés, qui était dans un état général très mauvais, sortait au bout de deux mois et demi, n'ayant plus de râles, mais une respiration sèche avec expiration prolongée, tenant à la présence de granulations qui persistent.

Ainsi, les observations que Fleury raconte longuement, avec toute l'authenticité désirable, sont d'accord avec ce que vous voyez dans ce service d'hôpital. Maintenant, si vous avez l'audace d'employer l'hydrothérapie chez un tuberculeux, l'enverrez-vous dans un grand établissement ? lui ferez-vous faire de l'hydrothérapie chez lui ?

Si votre malade est devenu tuberculeux dans une ville, chez lui, en se livrant à des occupations malsaines par elles-mêmes ou par les mauvaises conditions dans lesquelles elles sont faites, il ne faut pas hésiter, il faut soustraire le malade au milieu qui lui a été fatal ; l'hydrothérapie pratiquée dans ce milieu néfaste serait tout à fait insuffisante ; il faut alors un grand établissement, et je crois aux résultats presque merveilleux de l'hydrothérapie dans un établissement scientifiquement dirigé.

Si, par suite de conditions particulières, vous faites faire de l'hydrothérapie à domicile, il est difficile de pratiquer autre

chose que des lotions; et le mieux est de les faire comme je l'ai dit tout à l'heure.

En réalité, je ne suis pas le seul à conseiller les pratiques hydrothérapiques aux tuberculeux. que Fieury en ait été partisan, il n'y a rien là qui doive étonner, mais nous avons vu que Brehmer, le Silésien, les conseille, je les ai vu mettre en œuvre, et avec succès, à Davos. Voici encore ce qu'en dit un médecin expérimenté, Pogačnik—et je le cite ici pour confirmer ce que je vous ai dit, qui est ce que je professe depuis dix ans. "L'usage de l'eau froide, dit Pogačnik, dans le traitement de la phthisie, est bien préférable sous la forme de lotions que sous la forme de douches, telles qu'elles sont employées par Brehmer et Sokolowski. En se levant le matin, le malade se fait lui-même une lotion par tout le corps avec une éponge imbibée d'eau à 10 ou 20 degrés Réaumur, il doit ensuite se frictionner énergiquement pendant cinq minutes avec un gant et s'envelopper, pour se sécher, dans un drap. Il se remet ensuite au lit pendant une demi-heure à une heure, bien couvert, jusqu'à ce qu'il survienne un peu de transpiration.

"Au moyen de l'eau froide, on provoque un fonctionnement régulier de la peau: on fortifie enfin le malade et on le rend moins susceptible aux variations de l'atmosphère.

"Peu à peu, l'appétit s'accroît, les forces se relèvent, à moins que les lésions ne soient trop avancées.

"L'hémoptysie n'est pas une contre-indication, et Pogačnik prescrit les lotions alors qu'on ne peut tolérer les douches.

"Les lotions ont sur les douches l'avantage d'être plus agréables pour les malades; d'avoir un effet plus prolongé et pourtant plus utile, d'être très-faciles à administrer, même chez les gens pauvres, aucun appareil n'étant nécessaire; enfin, et surtout, de ne pas nécessiter, comme après la douche, l'exercice de la marche pour amener la réaction."

Enfin, à Menton, Bennet conseille la lotion froide à tous ses malades tuberculeux, "quel que soit leur état." La lotion est faite avec une éponge et de l'eau à la température de 16 à 20 degrés centigrades. "J'ai suivi cette pratique, dit-il, pendant tant d'années et sur un si grand nombre de malades, que j'en peux dire avec autorité, non seulement qu'elle est toujours bienfaisante, mais qu'elle ne fait courir aucun danger."

Comme Pogačnik, Bennet ne craint pas de conseiller les lotions même chez les tuberculeux exposés aux hémoptysies. J'avoue que, si partisan que je sois de l'excitation de la peau, en général, et de son excitation par la lotion froide, en particulier, je m'abstiendrais de la conseiller dans la forme hémoptysique de la tuberculisation pulmonaire. Le refroidissement de

la peau, au moins avec l'éponge ruisselante, et à plus forte raison avec la douche, me semble pouvoir provoquer de la périphérie vers les poumons malades, un refoulement du sang, cause de congestion, cause elle-même d'hémoptysie. Du reste, j'ai observé un cas d'hémoptysie de cette origine, chez un tuberculeux qui faisait vaillamment ses lotions à l'éponge ruisselante, et s'en trouvait bien quant à l'état général. Il ne se plaignait d'ailleurs pas de son crachement de sang après la lotion ruisselante, mais je l'engageai néanmoins à en cesser l'emploi — ce qu'il fit, bien qu'à contre-cœur.

Ce ne sont pas là, messieurs, de vains paradoxes, mais des faits. Néanmoins, je sais trop combien l'idée semble contradictoire de momentanément refroidir des malades qu'habituellement on couvre trop, pour craindre qu'on ne fasse à ce sujet des tentatives imprudentes ou qu'on n'y commette des excès périlleux. Ce que j'espère au moins, c'est qu'on veuille bien essayer de faire fonctionner la peau un peu plus et un peu mieux ; c'est que, si l'on n'ose conseiller les lotions froides, on préconise les frictions sèches ou même les frictions aromatiques. Ce sera toujours cela de gagné ; j'aurai prêché le plus pour avoir le moins. — *Bulletin Général de Thérap. Méd. et Chirurgicale.*—A suivre.

Contribution à l'étude de la Pancréatine.—I. Ce qui doit caractériser, pour l'historien médical des temps modernes, l'époque actuelle, c'est sans contredit l'influence, salubre et prépondérante, que les recherches de la physiologie expérimentale ont exercé sur les progrès d'une prophylaxie raisonnée et d'une thérapeutique intelligente.

Dans la cohorte glorieuse des physiologistes de toutes nationalités qui ont imprimé aux études médicales cette direction nouvelle, nous sommes fiers de compter les noms à jamais célèbres de Bichat, de Magendie et de Claude Bernard.

Si toutes les fonctions de l'organisme humain ont largement participé à cette vaste enquête scientifique, destinée à fixer désormais les limites précises de leur raison d'être et de leur activité, aucune n'a fourni un contingent plus considérable de recherches que la fonction de nutrition dans ses phases successives, l'insalivation, la digestion stomacale, la digestion intestinale.

Après avoir rappelé d'abord la découverte de Spallanzani avec ses digestions artificielles (1770) ;

Les observations de Beaumont avec le suc gastrique recueilli directement sur son Canadien (1825) ;

Les expérimentations de Blondlot, de Nancy, avec ses procédés de fistules stomacales sur les chiens (1846) ;

Nous aborderons l'étude des phénomènes de la digestion au moment où le bol alimentaire franchit le cardia pour pénétrer dans la partie supérieure de l'intestin grêle. C'est précisément sur ce point dénommé *duodenum* que la chymification se complète par l'intervention de deux liquides, non moins essentiels à la parfaite chylification que le suc gastrique, à savoir : la bile et le suc pancréatique.

Pour démontrer que l'estomac n'exerce aucune action sur les corps gras alimentaires, les huiles et les graisses qui arrivent ainsi à l'intestin, avec leurs propriétés habituelles et distinctes, il suffit de lier le canal cholédoque en établissant une fistule biliaire destinée à faire s'écouler la bile au dehors.

On voit alors l'animal maigrir très promptement, et l'on constate aussi que son chyle n'a plus sa blancheur habituelle.

Toutefois, comme l'animal porteur d'une fistule biliaire survit à l'opération, et qu'il recouvre parfois une partie de son embonpoint primitif, il faut en conclure que la bile n'est pas l'agent exclusif de cette émulsion, et quelle doit nécessairement trouver dans l'intestin grêle un associé, un auxiliaire dans le suc pancréatique.

Ce liquide est sécrété dans un organe spécial, le pancréas, que les anciens auteurs appelaient la glande *salivaire intestinale*. Frais et normal, tel qu'il se présente quand il coule d'une fistule, établie à cet effet, le suc pancréatique est un liquide incolore, de consistance sirupeuse, sans aucune odeur ; sa saveur est salée, sa réaction au papier de tournesol manifestement alcaline.

Les propriétés du suc pancréatique peuvent se rapporter à deux chefs principaux : 1° Emulsion des corps gras. 2° Saccharification des substances féculentes.

1° En sacrifiant un lapin, en pleine digestion de substance grasse, il est facile de constater que toute la portion de l'intestin grêle situé au-dessus de l'insertion du conduit pancréatique, contient des graisses peu ou point émulsionnées, tout au contraire, immédiatement au-dessous de l'orifice du canal pancréatique, les matières grasses sont parfaitement émulsionnées.

Les vaisseaux absorbants qui partent de cette portion du duodenum se montrent gonflés d'un liquide laiteux, qui trahit la présence des molécules grasses.

Quelques physiologistes admettent que le suc pancréatique possède une action émulsionnante beaucoup plus immédiate, et beaucoup plus prononcée que la bile elle-même (dix fois plus pour certains d'entre eux) ; mais comme la bile est dix fois

plus abondante, elle doit regagner en quantité ce qu'elle perd en intensité émulsive.

Respectons en conséquence les droits de chacun de ces liquides digestifs, et concluons en disant que ces deux liquides se prêtent pour la digestion des substances grasses un mutuel et efficace concours.

2^o Le deuxième usage du suc pancréatique est relatif à la digestion des féculents.

Ces matières insolubles dans l'eau, pour devenir absorbables, doivent être transformées en sucre (saccharification des fécules).

Les belles recherches de Bouchardat et Sandras ont démontré : 1^o Que les féculents, après avoir subi une première modification par la salive, échappaient à l'action du suc gastrique et de la bile.

2^o Que les honneurs de cette métamorphose revenaient tout spécialement au suc pancréatique.

Telle est la puissance saccharifiante du suc pancréatique que de petits fragments de pancréas, imprégnés qu'ils sont de ce liquide, saccharifient les fécules comme pourrait le faire le pancréas lui-même.

En résumé : émulsion de matières grasses, et saccharification des fécules, tel est le double rôle assigné par la nature au suc pancréatique dans l'acte de la digestion.

Le Dr L. Corvisart a voulu accorder au pancréas une troisième propriété, celle d'activer la digestion des viandes, en complétant les modifications apportées aux substances azotées ou albuminoïdes par le suc gastrique.

Les expériences de Keferstein et de Hallawachs contredisent ces assertions, que confirment, d'autre part, les observations de Brinton et Meissner, avec cette réserve, que pour agir efficacement sur l'albumine, le pancréas doit se trouver dans un milieu faiblement acidulé.

En raison de l'importance du sujet, transcrivons ici quelques détails historiques.

—Tiedmann et Gmelin ont donné les premiers une analyse du suc pancréatique (1770).

—La propriété émulsionnante du suc pancréatique a été découverte par Eberle (1834).

—Purkinge et Pappenheim admettaient dès 1836 qu'une infusion acidulée de suc pancréatique constituait un dissolvant énergique des matières albuminoïdes.

—Magendie, Rayer et Claude Bernard ont constaté tour à tour que le suc pancréatique était de nature alcaline et qu'il transformait l'amidon en sucre (1840 à 1845).

—Claude Bernard enseignait au Collège de France que le suc

pancréatique a pour fonction caractéristique, de présider à la digestion des corps gras en les dédoublant en glycose et acide gras (1846).

—Boucharlat et Sandras insistaient sur la propriété remarquable dont jouit le suc pancréatique de saccharifier les fécules (1846).

—Lenz et Donders ont confirmé cette opinion (1850).

—C'est en 1857 que Corvisart a prétendu que les matières albuminoïdes étaient transformées en peptones par le suc pancréatique aussi bien que par le suc gastrique.

—Schiff s'est rangé, avec quelques restrictions, à cette manière de voir très-controvertée de nos jours (1858).

—Dernièrement enfin, Desfréne a constaté, au moyen d'expériences personnelles, qu'après une digestion moyenne de six heures, la pancréatine émulsionne vingt-quatre fois son poids de corps gras, auxquels elle communique la propriété remarquable de se mélanger à l'eau en la rendant ainsi toute préparée pour l'assimilation.

II. Avant d'entrer dans le chapitre thérapeutique, il nous paraît indispensable de déterminer les signes caractéristiques des affections du pancréas, tels qu'ils sont reconnus par l'observation clinique.

Quelle que soit la nature intime de la lésion organique, ou de la fonction de l'organe, ces phénomènes morbides sont : l'amaigrissement considérable du sujet, et les selles graisseuses.

Pour les combattre avec succès, les praticiens ont eu recours à des préparations pancréatiques.

Eisenmann, de Prague, a publié le premier une monographie comprenant sept observations d'affections du pancréas. Chez tous, à l'autopsie, la glande a été reconnue plus ou moins altérée dans sa structure et dans ses dimensions. Van den Corput, dans un cas de dégénérescence du pancréas, a administré une préparation pancréatique.

Langdon-Down a communiqué à la Société clinique de Londres, les résultats que lui avait fournis l'extrait pancréatique associé au malt pour combattre les garde-robes graisseuses chez des glycosuriques.

Le Dr. Chauvin, de Lyon, a présenté à l'Académie de médecine de Paris des cas cliniques analogues, modifiés avec succès par le jus et l'extrait du suc pancréatique.

Ces résultats conduisirent bientôt à la recherche d'un procédé apte à conserver au suc pancréatique son activité tout en rendant son administration plus facile.

En desséchant convenablement le suc pancréatique, on obtient la pancréatine (ferment d'une grande activité) sous forme de

poudre jaune pâle, très-soluble dans l'eau, d'une saveur franche et animalisée qui se conserve indéfiniment et subit sans s'altérer les variations de la température.

Voici l'énumération sommaire des cas où la pancréatine a été administrée très-avantageusement en extrait ou en pilules par les praticiens les plus éminents de Paris.

M. le Pr. Potain. Ictère avec selles graisseuses. Troubles de la digestion.

Chloro-anémie. Dyspepsie. Dénutrition profonde.

Diathèse rhumatismale. Dyspepsie par atonie et absence de suc gastrique. Ec-zéma.

Ictère intense lié à une obstruction des voies biliaires. Vomissements incoercibles.

M. le Dr. Isambert. Dyspepsie avec dilatation de l'estomac. Vomissements incoercibles.

M. le Pr. Gubler. Dyspepsies atoniques. Altération de la glande amenant la réduction ou la suppression de la sécrétion physiologique.

M. le Dr. H. Huchard. Ictériques chez lesquels les matières grasses sont mal digérées.

Dyspepsies caractérisées par la présence de garde-robes graisseuses avec amaigrissement très-considérable.

Dyspepsies intestinales (*amylacée et d'aliments féculents*) avec douleurs gastro-entériques, survenant plusieurs heures après le repas. Garde-robes liquides, graisseuses.

Le Dr. Bertrand, médecin de la marine, préconise la pancréatine dans la diarrhée chronique de Cochinchine. L'autopsie lui ayant démontré, dans les cas graves, soit l'atrophie et la sclérose du pancréas, soit l'augmentation du tissu pancréatique, il n'a pas hésité à administrer les préparations pancréatiques. Sous leur influence les déjections ont apparu plus homogènes et mieux liées; les aliments prescrits ont été mieux digérés; les forces sont revenues assez vite; le poids du corps a augmenté sensiblement.

En résumant les observations qui précèdent, nous dirons avec M. le Dr. Huchard: " Dans les cas où la pepsine agit mal ou incomplètement, la pancréatine, est destinée à rendre les plus grands services, et c'est pour cette raison que nous signalons ce médicament à l'attention des médecins.

III. Mais si la pancréatine agit aussi efficacement dans les affections morbides nettement caractérisées, n'est-il pas évident qu'elle doit jouer un rôle salutaire dans la prophylaxie des prédispositions, ou des premières manifestations des troubles de la digestion, alors que l'équilibre physiologique est rompu entre l'acidité sécrétée par l'estomac, et l'alcalinité apportée par la bile dans le duodenum. En d'autres termes, cette longue série de dyspepsies reliées à d'imparfaites digestions stomacales, ou à de laborieuses digestions intestinales, ne doit-elle pas être heureusement amendée, combattue, par l'usage intelligent et raisonné des préparations pancréatiques?

Par cela même qu'il faut beaucoup de sagacité de la part du médecin pour reconnaître l'existence, et apprécier la nature de ces troubles fonctionnels de l'appareil gastro-intestinale, qui jouent sans cesse un rôle étiologique important dans les déviations de la santé générale, l'on ne doit jamais hésiter à régulariser et à compléter l'élaboration des matières alimentaires d'origines diverses.

Ne perdons jamais de vue: 1^o que la pepsine, insuffisante à digérer le bol alimentaire n'attaque ni les fécules, ni les graisses.

2^o Que le suc pancréatique plus actif saccharifie les fécules et rend les graisses plus assimilables.

Cette propriété a été très-heureusement utilisée pour l'administration de l'huile de foie de morue, dans les cas très-nombreux où l'on préconise ce médicament-aliment par excellence.

Ces notions mises en lumière dans l'enseignement officiel de Claude Bernard, de MM. Chatin et Bécлар, ont trouvé leur application pratique dans les services hospitaliers des Drs. Delpech, N. Gueneau de Mussy, Gallard, Moissenet et tant d'autres.

En dernière analyse nous pouvons affirmer, avec la plus entière conviction, la raison d'être prophylactique de la pancréatine; 1^o chez les dyspeptiques, qui indépendamment des troubles gastriques (perte d'appétit, digestions laborieuses, flatulences stomacales), présentent souvent des accidents intestinaux caractérisés par la constipation et la diarrhée.

2^o Chez les icériques à la première manifestation de la teinte bilieuse de la sclérotique.

3^o Au début et au cours des entérites de l'enfance et de la vieillesse.

Puissent nos chers lecteurs, en raison de la grande importance du sujet, ne pas trop nous reprocher les détails minutieux et techniques qui nous ont paru cependant indispensables pour bien déterminer l'état de la question! — *Journal d'Hygiène.*

DR. DE PIETRA SANTA.

Traitement de la diarrhée de la dentition.—Le professeur *Thompson*, de New-York, est d'avis que l'irritation réflexe produite par l'évolution dentaire chez l'enfant, est capable de suspendre presque complètement la sécrétion gastrique, d'où résultent l'arrêt des digestions et l'ensemble des symptômes qui dérivent d'un pareil accident: vomissements de matières à odeur aigre, évacuations alvines avec de nombreux débris de caséum, offrant aussi une odeur de fermentation.

Pour combattre cette diarrhée, il est indiqué tout d'abord de couper court à l'irritation nerveuse. Parmi les meilleurs moyens il faut citer les scarifications des gencives, ressource des plus utiles quand on opère à propos, c'est-à-dire au moment où l'hypérémie est considérable. Il suffit alors d'extraire des gencives gonflées et rouges quelques gouttes de sang par la piqûre d'une lancette, pour amender notablement les accidents. Cette petite saignée locale a souvent d'énormes avantages, que ne pourrait faire soupçonner la simplicité de l'opération, et sans qu'on puisse donner à ce fait d'explication suffisante.

Le bromure de potassium, doué du pouvoir d'arrêter l'irritabilité réflexe et qui peut, par conséquent, mettre obstacle à la propagation des influences nerveuses dérivées du mal de dent, exerce une action positive dans la diarrhée de la dentition, administré à la dose de 30 centigrammes toutes les 3 heures.

Les applications d'eau glacée, ou mieux, de glace en nature sur la tête, pourront être avantageusement employées contre les états nerveux; elles agiront secondairement sur l'estomac et les entrailles.

Le professeur *Thompson* recommande la diète, persuadé que l'alimentation donne des résultats fâcheux et que les aliments ingérés ne profitent pas à la nutrition.

Souvent il commence le traitement par une dose d'huile de ricin, pour débarrasser complètement le conduit alimentaire des débris d'aliments indigérés qu'il renferme.

Après la purgation et quand les accidents nerveux sont calmés, il est bon de donner avec les aliments un peu de pepsine acidifiée avec de l'acide chlorhydrique; on ajoute du sous-triate de bismuth quand il y a beaucoup d'irritabilité gastrique.

On calme la soif à l'aide de quelques cuillerées à soupe d'eau d'orge, d'eau de riz froide ou d'un mélange à parties égales de lait et d'eau de chaux.

Quand, au bout de deux jours de traitement, les selles sont plus abondantes et aqueuses, on peut commencer l'usage de la mixture de West (sulfate de magnésie, teinture de rhubarbe sp. de gingembre, eau de menthe), qui ne contient pas d'opium, circonstance fort avantageuse, car il faut toujours faire en sorte

d'éviter l'administration de ce dernier médicament dans la diarrhée de la dentition. L'opium, en effet, s'oppose chez l'enfant à la sécrétion des sucs digestifs, et il n'est guère indiqué qu'autant que les selles sont très-abondantes et qu'on suppose, en raison de leur évacuation brusque, une exagération dans les mouvements péristaltiques. Alors on ajoute à la mixture de West quelques gouttes de laudanum.—(*Méd. Times and Gaz. et J. de thérap.*—*Revue de thérap. Méd. Chir.*

Pathogénie, traitement des paralysies diphthériques.—M. Bouchut présente à ses auditeurs une petite fille âgée de 9 ans, entrée il y a six semaines, pour se faire traiter d'angine couenneuse et de croup. Elle a dû subir l'opération de la trachéotomie. La plaie est aujourd'hui cicatrisée. La voix qui devrait être revenue en ce moment ne l'est pas. Il est impossible à cette enfant de se faire entendre. La voix est nazalisée, gutturale. On a voulu faire lever et marcher la petite malade. Elle n'a pu se tenir debout, et a fait une chute dont elle porte encore les marques sur le front. Aujourd'hui elle ne tombe plus, mais elle s'agglotte sur les jambes.

Ce n'est pas tout. L'enfant ne peut expectorer. Les mucosités séjournent dans les bronches, et, plus d'une fois, il y a eu de sérieuses menaces d'asphyxie.

Cet état des organes respiratoires est la conséquence d'une parésie qui a atteint le diaphragme et les muscles intercostaux. Un degré de plus, c'est la mort.

Le pouls bat irrégulièrement. Les pulsations cardiaques sont inégales, intermittentes.

Il y a donc, chez cette malade, une perturbation considérable et générale du système cérébro-spinal, qui se traduit par une parésie des membres inférieurs, du diaphragme, des muscles intercostaux et phonateurs. La septicémie diphthérique a pris fin, mais subsistent toutes ses conséquences:

Les paralysies que la diphthérie laisse à sa suite, ne sont guère connues que depuis trente ans. On croyait qu'il en était de même de l'angine couenneuse. Mais voilà qu'en remontant aux temps anciens, on en trouve la description bien nette dans les écrits du père de la médecine. La diphthérie n'est pas une maladie de notre époque. Elle sévissait dès les premiers âges; seulement, elle était désignée sous un autre nom. L'ulcère pyriac des Grecs n'était que l'angine couenneuse et gangréneuse. Nous n'avons donc fait, encore une fois, que changer de marque le linge ancien.

Si nos pères ont connu et décrit avant nous l'angine couenneuse, encore une fois, il ne nous ont pas laissé de description de la paralysie qu'elle engendre. Cette complication, du reste, n'est encore aujourd'hui qu'incomplètement étudiée, puisque nous ne sommes pas encore d'accord sur son essence intime, sur sa spécificité.

1^o Il en est qui la considèrent comme une intoxication. Pour eux, le poison diphthérique n'est pas entièrement éliminé et continue de faire sentir ses effets.

Il est, dans cette théorie, un fait qui ne laisse pas que d'être fort embarrassant pour ceux qui la soutiennent. Si la paralysie était la conséquence d'une toxémie diphthérique, elle ne se produirait qu'à la suite de la maladie couenneuse. Mais il n'en est pas ainsi : on l'observe consécutivement à un certain nombre de maladies aiguës, variole, scarlatine, etc. Elle se traduit sous les formes les plus diverses, parésies, chorée, convulsions, affections nerveuses, hystérie, etc.

2^o Comme la paralysie se déclare à la suite de la convalescence, d'autres auteurs ont prétendu la rattacher à l'altération des hématies à l'anémie qui en est la conséquence obligée.

Un fait d'observation journalière, vient, encore une fois, ruiner cette vue de l'esprit. Toute maladie aiguë n'engendre pas fatalement l'anémie. Les sujets qui n'ont pas cessé de se nourrir ne présentent pas cette altération du sang. On trouve chez eux les globules aussi nombreux qu'à l'état normal. Donc, la paralysie diphthérique n'est pas sous la dépendance immédiate de l'anémie, puisqu'on la rencontre quelquefois en dehors de cette anémo-hémie.

3^o Il est une troisième explication qui est beaucoup plus acceptable, car elle repose sur les bases de la physiologie.

Dans l'angine couenneuse, ainsi que dans l'ulcère syriaque, il se produit, du côté des amygdales, des anfractus profonds, des lambeaux gangréneux, masqués par les fausses membranes, qui ne sont que leur produit, et ne font que lui servir de rideau. Il est aisé de comprendre que ces ulcérations atteignent les rameaux périphériques, les ramuscules du nerf glosso-pharyngien. On conçoit que, dans certains cas, sinon toujours, par une action ascendante et réflexe, la souffrance du nerf peut remonter vers le centre de l'encéphale. Il existe des maladies primitivement centrales; mais il en est une foule d'autres qui vont de la périphérie au centre. Qui ne connaît les convulsions causées par les vers intestinaux, par l'évolution dentaire? Les plaies du sourcil, par la section du nerf sus-orbitaire, n'aboutissent-elles pas quelquefois à l'amaurose? La blessure de la cinquième paire détermine, par une action ascendante, l'altéra-

tion de la deuxième. De tels faits sont connus de tout le monde.

Eh bien! c'est dans un tel mécanisme que l'on trouve une explication naturelle et physiologique de la paralysie diphthérique.

L'altération qui porte sur les ramuscules du nerf glosso-pharyngien s'étend jusqu'au bulbe, pour descendre ensuite vers les nerfs palatins, visuels, phrénique, pneumo gastrique, moteurs, etc.

C'est en Allemagne surtout, qu'ont été faites jusqu'ici les recherches les plus minutieuses sur les lésions des centres nerveux consécutives aux phénomènes angineux. L'amour de l'art est poussé si loin chez nos confrères d'Outre-Rhin, qu'on rapporte le fait d'un médecin qui a autopsié le cadavre à peine refroidi de sa propre fille.

Il prétend avoir trouvé dans la moelle des exsudats fibrineux. Il y a tout lieu de croire qu'il s'en sera laissé imposer par des phénomènes cadavériques...

Des lésions plus réelles ont été nombre de fois constatées par les médecins Allemands. Ils ont trouvé des altérations des racines antérieures et postérieures de la moelle, au moment de leur sortie du canal vertébral, des hémorrhagies interstitielles, les tubes nerveux altérés, atrophiés, etc. En voilà suffisamment pour mettre hors de doute la nature organique cérébro-spinale de la paralysie diphthéritique.

Cette affection peut aussi avoir son retentissement du côté du cœur. On a quelquefois observé l'endocardite végétante, des lésions valvulaires, la myocardite. Ce sont là les conséquences de la souffrance du pneumogastrique, dont présente un exemple la petite malade dont il a été plus haut question.

Là encore ne se limite pas l'action descendante du système nerveux. Dans certains cas, l'innervation de l'œsophage ne se fait plus. De là l'insuffisance du mouvement péristaltique. On a vu, dans ces conditions, des malades menacés de mourir de faim. On a dû, pour les empêcher d'étouffer, repousser avec une bouffe les aliments dans le ventricule. On en est alors réduit à recourir à l'emploi de la sonde œsophagienne.

Le traitement de la paralysie diphthéritique se borne à un bien petit nombre d'agents thérapeutiques. Il faut renoncer à l'emploi de la strychnine, de la noix vomique et à celui des autres excitants du système nerveux. Ce qui doit dominer, dans la thérapeutique, c'est la médication tonique, sous toutes ses formes et l'électricité.

Au premier titre, il faut recourir aux vins généreux, à l'eau-de-vie, au cognac; aux viandes grillées. S'il existe de l'anémie, le fer est particulièrement indiqué. Pour la pratique de la

faradisation, les petits appareils d'induction à courants interrompus sont parfaitement suffisants.

Comme adjuvants, on peut conseiller les frictions stimulantes, les bains sulfureux, salés, les bains de vapeur, aromatiques. On fera bien d'envoyer les malades à la campagne pour y respirer un air pur, de les soumettre à l'action bienfaisante d'un soleil révivifiant.

Une chose, d'ailleurs, est consolante, dans cette affection si propre à jeter l'alarme dans les familles. La guérison est la règle, et la mort l'exception.—*Revue de thérap. Méd. Chirur.*

PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALES

Abcès des amygdales.— D'après M. Verneuil, le foyer purulent dont le développement est la terminaison de l'amygdalite n'est pas placé dans l'intérieur même de l'amygdale, mais en dehors de la glande, dans le tissu cellulaire qui la sépare du fond de la loge où elle est renfermée. L'amygdale n'adhère que d'une façon très-lâche aux parois de sa loge. Venant à se tuméfier sous l'influence de l'inflammation, elle fait hernie entre les piliers antérieur et postérieur du voile du palais; et à chaque mouvement de déglutition, elle présente, grâce à son peu d'adhérence, de légers mouvements de va-et-vient d'avant en arrière qu'il est facile de constater en examinant le fond de la gorge. Cette mobilité n'est passans influence sur la production de l'abcès. Par le fait du déplacement continu de la glande, il se forme en dehors de l'amygdale une bourse séreuse dans le tissu conjonctif qui s'étend d'un pilier à l'autre et qui remplit le fond de la fossette amygdalienne. C'est dans cette bourse séreuse que se développe la collection purulente.

L'abcès est toujours très-profondément situé et il est très-difficile de l'attaquer par le bistouri. Une incision dirigée sur la tumeur que forme l'amygdale dans l'isthme du gosier n'aurait aucune chance d'arriver sur lui. Il faut pour l'ouvrir traverser le pilier antérieur du voile du palais; c'est ce pilier qui, élargi et repoussé en avant, forme la paroi antérieure de l'abcès; mais le pilier antérieur est constamment épaissi par l'œdème, et pour le traverser il faudrait une incision très-profonde, incision qu'on n'ose pas faire suffisante dans la crainte de rencontrer l'artère carotide.

En somme, le précepte qui ressort des recherches de M. Verneuil, c'est d'abandonner les abcès dits de l'amygdale à leur évolution naturelle. Il ne faut pas chercher à les ouvrir; il faut attendre que le pus s'ouvre de lui-même un passage à travers le pilier antérieur. D'ailleurs cette terminaison spontanée de la maladie ne se fait pas attendre longtemps: du quatrième au cinquième jour, l'abcès s'ouvre de lui-même. — (*Gazette des hôpitaux.*)—*Lyon Médical.*

Anesthésie par l'iodoforme.— Dans le courant de l'hiver dernier, M. X., âgé de 25 ans, garçon très-sobro et d'une constitution robuste, vient me consulter pour une légère ulcération siégeant sur le prépuce. Ce jeune homme est sujet à des accidents herpétiques locaux, mais il a eu peu de jours auparavant des rapports suspects. Aussi, par prudence, et malgré la possibilité d'un simple herpès pudendi, je l'engage à suivre un traitement spécial, et, en outre les soins de propreté, je lui prescrivis un gramme d'iodoforme finement pulvérisé, comme application topique.

Le 9 mars, assez avant dans la soirée, comme on ne l'avait aperçu nulle part depuis la veille, ses amis se décident à pénétrer dans sa chambre, où ils le trouvent étendu sur son lit et plongé dans le plus profond sommeil. Comme il ne répond pas à des appels réitérés, on le secoue vivement; enfin on le réveille, et, en apercevant la lueur du gaz, il paraît tout surpris qu'on vienne le déranger d'aussi grand matin.

Bien, après qu'on lui a expliqué sa méprise, et tout en réfléchissant à quoi il peut attribuer un sommeil aussi peu naturel; il aperçoit sa boîte d'iodoforme, oubliée sur son lit durant le pansage de la veille, et dont le contenu s'est répandu autour de lui.

M. X. n'a commis aucun excès le jour précédent, il s'est couché comme d'habitude et ne conserve aucun souvenir de ce qui a pu se passer depuis lors. Pendant la journée, on a frappé bravamment à sa porte, et à diverses reprises: il n'a rien entendu.

Quant je le vis, deux heures après son réveil, à la suite d'un repas copieux dont le besoin s'était sur le champ vivement fait sentir, ses vêtements et son haleine exhalaient encore de fortes bouffées d'iodoforme, mais, à part quelques étourdissements légers, il n'éprouvait plus aucune malaise.

Ce fait m'a paru intéressant à signaler, surtout à cause de la faible dose d'iodoforme (un gramme seulement) qui, absorbée en minime partie par la muqueuse pulmonaire, a provoqué une anesthésie complète de près de 24 heures, quoique pendant tout.

ce laps de temps l'air de l'appartement se fût largement renouvelé par une des fenêtres restée entr'ouverte.

Jusqu'ici les expériences faites sur les inhalations d'iodoforme n'auraient donné, chez divers animaux, qu'une anesthésie passagère, accompagnée d'effets hilarants qui rappellent les symptômes produits par le protoxyde d'azote, mais jamais un sommeil profond et persistant.—(*Alger méd.*)—*Revue de thérap. Méd. Chirur.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

La Glycérine créosotée contre les ulcérations du col de l'utérus, par Maurice MENDESSOHN, médecin du dispensaire à Blidah.—Au mois de mai dernier, M. le docteur Cadier préconisant, dans le numéro 54 de la *Gazette des hôpitaux*, l'usage de la glycérine créosotée dans le traitement des ulcérations du larynx ajoute qu'il croirait utile d'employer ce remède dans le traitement des ulcérations du col de l'utérus et donne, par ce fait même, avis aux chercheurs.

Ayant dans mon service du dispensaire un grand nombre de malades atteintes d'ulcérations du col de l'utérus et ayant à lutter si souvent dans ces cas-là contre l'inefficacité des divers traitements employés, je me suis décidé à avoir recours à l'application locale de la glycérine créosotée.

Mon expérimentation, portée sur 37 cas, m'a donné des résultats si satisfaisants, que je trouve utile de les faire connaître au public médical.

Je me suis servi de la formule suivante :

Créosote pure, 2 grammes. (3ss)

Glycérine, 50 grammes. (5jss)

Alcool, 25 grammes. (3vj)

Tantôt tous les jours, tantôt tous les deux jours, j'ai touché les surfaces ulcérées avec un pinceau trempé dans cette solution.

Voici les résultats obtenus, qui ont pu être aussi constatés par quelques confrères militaires de service au dispensaire :

1o Sur 28 cas d'*ulcérations simples ou érosions*, nous avons eu 26 guérisons et 2 améliorations.

La moyenne du nombre des jours de traitement était 12 jours, quoique dans deux cas d'érosions larges, soutenues par un écoulement abondant le traitement ait duré trente jours. Chez les malades des numéros 29 et 59, j'appliquai pendant un mois les divers traitements, mais sans succès, et c'est en présence

de ces tentatives infructueuses que je m'adressai à la glycérine créosotée.—Une métrite avec un écoulement était 8 fois sur 28 la cause d'ulcérations et ce sont les cas qui ont exigé le plus de temps pour se guérir.

2^o 7 cas d'ulcérations fongueuses et glaneureuses traités par la glycérine créosotée ont donné 6 guérisons et 1 amélioration. La moyenne du nombre des jours de traitement a été 17 jours. Une malade seulement fut traitée pendant 44 jours pour des fongosités très-nombreuses, soutenues par une métrite avec un écoulement très-abondant.

3^o 2 cas d'ulcérations chancreuses ont été traités par la glycérine créosotée pendant 30-40 jours sans aucun résultat, et je dus avoir recours à l'iodoforme, qui me rend toujours dans ces cas les plus grands services.

Conclusions.—Les résultats obtenus chez nos 37 malades nous autorisent à croire à la grande utilité de la glycérine créosotée dans le traitement des ulcérations du col de l'utérus, d'une nature non spécifique, et nous espérons que de nouvelles observations viendront confirmer les nôtres. La créosote modifiant ici la surface exulcérée et ses produits de sécrétion, manifeste une action altérante locale, ayant en même temps une influence antiseptique et astringente. Une expérience ultérieure déterminera peut-être des contre-indications, qui nous échappent en grande partie, les succès obtenus dans le traitement des ulcérations chancreuses n'étant pas assez nombreux pour pouvoir conclure à l'inefficacité de la glycérine créosotée contre les ulcères spécifiques du col de la matrice.—*Alger médical.*

Excellents effets du bromure de potassium dans l'éclampsie puerpérale.—Dans l'éclampsie puerpérale, le bromure de potassium est tellement héroïque, son action est tellement sûre, que je n'hésite pas à poser le principe suivant : Le bromure de potassium, donné et absorbé à dose suffisante (5 grammes), arrête immédiatement la convulsion et assure la guérison de la maladie. Je dois toutefois prévenir le lecteur que sur les dix cas que j'ai eus à traiter, j'ai perdu une malade, mais je l'ai perdue parce que je suis arrivé trop tard.

Voici quelle est ma manière de procéder :

Lorsque je suis appelé auprès d'une femme en proie à des crises éclamptiques, je lui fais prendre d'un coup de 4 à 6 gr. (5 à 3j) de bromure de potassium en solution dans un verre d'eau ou dans du sirop d'écorce d'orange. Une demi-heure ou trois-quarts d'heure après, les convulsions cessent pour ne plus réapparaître.—*Docteur DUMOL.—Lyon médical.*

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

MONTREAL, MARS 1879.

Rédacteurs :

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

Société Médicale.

—
 INFLUENZA.—ÉPIDÉMIOLOGIE.
 —

Séance de la Société Médicale, 13 mars.

Présidence du docteur Ricard.

Lecture: "Le décubitus comme agent thérapeutique," par docteur L. Smith. Sujet splendide, essentiellement pratique. Comme le faisait remarquer le docteur C. Filiatrault, on emploie souvent le décubitus chez un malade, mais bien peu pensent à en faire un agent thérapeutique puissant, comme il l'est réellement. En effet, combien souvent toute la thérapeutique n'est-elle pas dans ce seul mot décubitus, et cela avec résultats satisfaisants. Vous avez l'extension forcée continue à faire dans un cas de morbus coxarius, chez un jeune enfant, planche transversale, poids, etc., produisent cette extension, mais votre enfant obéissant trop à la pesanteur, se laisse entraîner au pied de son lit et fausse la position, paralyse l'effet désiré: que la position, au lieu d'être horizontale, soit déclive à l'extrémité céphalique du lit, et l'enfant fera la contre-extension par son propre poids et la guérison sera prompte.

Une jeune femme est mourante; tout à l'heure elle regorgeait de santé, de vigueur, de sang; elle n'en a presque plus maintenant, l'enfant qu'elle vient de mettre au monde lui a tout pris: qu'allez-vous faire? tous les anti-hémorrhagiques les plus puissants, les plus en renommée, n'ont produit aucun

effet, la mort est proche, elle est là qui guette. Ne perdez pas courage. Faites faire un quart de cercle à votre mourante, de manière à ce que son siège touche le bord de son lit, et laissez descendre sa tête par terre, ou aussi basse que possible, de manière à refouler le sang au cerveau, dont l'ischémie amènerait un arrêt brusque du cœur et cette mort toujours si prompte : le décubitus ici est toute la planche de salut qui reste au médecin découragé.

Ce traitement simple de l'hémorrhagie après la délivrance est suggéré par le docteur Pugliôge (de Tarare) et recommandé par tous ceux qui en ont fait l'essai. N'est-il pas naturel de penser à l'inversion du corps dans l'ischémie du cerveau qui est toujours la cause de la mort dans ces cas malheureux ? Ne nous contentons donc plus de la seule position horizontale.

* * *

La constitution médicale est à l'influenza, ce qui équivaut à dire que l'appareil respiratoire tout entier de ce temps-ci nous offre une collection nombreuse de ses états morbides de toute nature. Comme pour plusieurs maladies, l'influenza avec sa variété d'expressions n'a pas besoin d'autre traitement que quelques jours de repos "ou d'hôpital," et c'est là à peu près tout ce que nous faisons. Nous avons bien chacun notre recette, mais c'est justement à cause que les recettes sont trop différentes qu'elles équivalent à bien peu de chose. Horace Fabell, dans son petit traité de la toux et de la consommation nous suggère la médication suivante, qui, suivie méthodiquement est entre ses mains presque infàillible contre la maladie qui nous occupe. 1° Donner cinq grains de ses-carb. amm. et cinq gouttes de liqueur de morphine dans une once de tisane citrique, toutes les trois heures. 2° Le soir $\bar{3}$ is liq, amm. acct. dans un verre d'eau froide, lorsque le malade est couché et bien couvert. S'il y a soif durant la nuit boire de l'eau froide. 3° Le matin enlever les couvertures les unes après les autres afin de laisser refroidir le corps graduellement avant le lever. 4° Le malade se lève comme d'ordinaire, suit à peu près le même régime alimentaire, mais continue la préparation d'ammoniaque et de morphine toutes les quatre heures. 5° La seconde nuit prendre une pillule Colocynthe Co. Il n'est généralement pas nécessaire de prendre plus de douze doses pour avoir un bon effet; mais si le catarrhe revient, ou semble vouloir revenir, après qu'on a cessé de suivre cette médication, on peut prendre six autres doses et une pillule. Pendant ce traitement,

il est permis (admirabile dictu!) de se donner du confort alimentaire qui devra faire place ensuite à l'usage d'un bon *vina* pendant quelques jours. (Michigan med. herrs.) Que les catarrheux se mettent à l'œuvre et nous donnent des nouvelles de la médication de Horace Dobell! Inutile de dire qu'elle ne doit être employé que dans les cas ordinaires d'influenza. Je dis ordinaires, car il y se présente assez souvent de *beaux* cas de bronchite, des grosses bronches de pneumonie, même de névralgie trifaciale qui, ennemis plus terribles nous obligent de recourir à l'arsenal de nos classiques, passés maîtres.

* * *

À propos d'épidémiologie, nous avons reconnu que la théorie des petits organismes, soit végétaux, soit animaux, est celle généralement acceptée aujourd'hui pour expliquer les maladies contagieuses: elle seule peut nous expliquer une foule de phénomènes qui seraient incompris et incompréhensibles si l'on donnait à ces maladies une autre cause.

C. Von Nagelée, un savant Bavaïois, de grande réputation considère cette théorie à un nouveau point de vue et qui serait d'une grande importance hygiénique.

D'après lui, les petits organismes sont la cause des maladies infectieuses, mais ils n'agissent ainsi qu'en autant qu'ils pénètrent chez nous avec l'air que nous respirons, c'est là la particularité de sa théorie. L'infection au moyen d'une blessure, ou des organes de la digestion par l'eau ou les aliments, est impossible. Nul doute qu'il y a de puissantes raisons pour admettre cette nouvelle opinion. C'est parfaitement établi en effet que nous mangeons souvent une nourriture surchargée d'organismes microscopiques et cela sans mauvais effet. Il est suffisant de mentionner le fromage de Roquefort, les cornichons vinaigrés etc. L'eau considérée comme malsaine ne renferme pas des produits de décomposition autres que ceux trouvés dans l'alimentation. Ne voyons nous pas dans les grands territoires, tels que le Karat, les peuples accoutumés à boire continuellement de l'eau malsaine et cela sans être victimes de maladies malignes. Si la théorie de Von Nagelée est vraie, elle va produire une révolution complète dans les principes d'hygiène publique et dans leur application pratique. En effet nous ne devons plus désormais nous inquiéter des produits de décomposition qui partout ou on les trouve, et on les trouve partout, sont une cause d'effroi: au contraire leur asséschement est seule cause de la dissémination dans l'atmosphère de

ces germes redoutables et nous devons faire tout en notre pouvoir, seulement pour prévenir cette émigration malsaine.

Telle est la doctrine de Von Nagelée, que nous sommes loin d'approuver, mais qui n'en existe pas moins puissante dans le cerveau de son auteur et de ses adeptes. Le *Scientific American*, consacre une étude à ce sujet dans un de ses derniers numéros, ou nous avons puisé cette manière nouvelle de contempler la théorie des germes.

Ecole de médecine et de chirurgie de Montréal,
Université Victoria.

Cette institution a terminé ses cours la semaine dernière, et après les examens habituels, elle a admis à la pratique de la médecine avec le titre de M. D. les MM. dont les noms suivent : Evariste Duquette, G. Aubin, Wilfred Beaupré, J. A. Provost, G. L. Laforest, P. A. Leblanc, Zotique Auclair, Raymond Chagnon, Jean Girouard, Robert St. Jacques, Jérémie Pratte, L. L. Auger, J. E. Mathieu, A. F. Fleury, G. E. Létourneau, R. N. Forté, Napoléon Malo, J. A. Foucher, P. E. Marié, Louis Grandpré, Séraphin Gauthier, Ad. Plante, Louis Boucher, Téléphore Coté, E. C. Lalonde, J. L. Germain, Camille Coté, Joseph Bergeron, E. T. Gaudet, A. A. Lefebvre, J. T. Lafortune, Moïse G. Lafontaine, Albert Laurendeau, Marc Guertin, E. C. Jenigor, L. A. Massé, Ernest Legris, A. Grandpré, Samuel Desjardins, Zotique Laroche, Paul Renaud, Séph. Falcon, F. X. Laflèche, Z. Normandin, A. S. Alain, Oswald Goyer, J. A. M. Elic, Melville de Laval, G. A. Lacerte, James Ward.

Plusieurs de ces messieurs ont été admis à passer leur examen final, trois ans seulement, après leur admission à l'étude de médecine. Nous ne savons comment ceux-ci pourront obtenir la licence du Bureau provincial de médecine. Car, la loi dit expressément que le candidat, pour avoir droit à cette licence, devra "avoir étudié sans interruption pendant une période de pas moins de quatre années à dater de son admission à l'étude de la médecine."

Ces remarques ne sont nullement dirigées contre les porteurs de diplômes eux-mêmes, ils peuvent être aussi capables que les élèves de quatrième année, c'est le principe que nous défendons.

L'Union Médicale a trop combattu, depuis sa fondation, pour obtenir ces réformes, dans notre législation médicale, elle ne saurait les laisser ignorer sans protester.

Université Laval et Ecole de Médecine.

Nous croyons devoir reproduire la lettre suivante de Mgr l'Evêque de Montréal, publiée par *La Minerve* du 4 courant. L'importance de ce document nous y autorise: d'autant plus, qu'il justifie entièrement la ligne de conduite suivie par *l'Union Médicale* dans cette grave question, qui nous intéresse si vivement.

MESSIEURS,

Dans votre numéro du 19 mars dernier, vous aviez pris une sage décision pour mettre fin à de nouvelles correspondances sur la question brûlante de l'Ecole de Médecine de Montréal et l'Université Laval. Car, ces correspondances commençaient à ne tourner plus que dans le cercle des personnalités, qui ne peuvent que produire l'aigreur dans les cœurs, sans ramener l'union dans les esprits, en préjugant plutôt qu'en éclairant le public sur ce conflit. J'aurais souhaité que cette sage résolution eût été maintenue; et ma volonté présentement est que tous les catholiques de mon diocèse s'abstiennent désormais de lancer aucun écrit sur cette question; car, il est facile de se convaincre que ces correspondances tendent ouvertement à la critique de ce que j'ai cru devoir faire pour le bien. Il est vrai que j'enlève ainsi à M. le docteur Rottot, vivement attaqué dans la dernière correspondance, l'occasion de se défendre, quoique je sache que ce Monsieur soit en demeure de répondre victorieusement aux attaques dirigées contre lui; mais M. Rottot trouvera sa consolation et la compensation à toutes ces misères dans sa propre conscience; car, ce Monsieur peut se glorifier d'avoir sincèrement et loyalement marché avec l'autorité constituée dans le Diocèse, c'est-à-dire, avec son évêque.

J'ai l'honneur d'être,

Messieurs,

Votre très humble serviteur,

† EDOUARD CHS., Evêque de Montréal

VARIÉTÉS

Expertises scientifiques.—Au congrès international de médecine légale M. Daremborg a demandé, que les experts soient choisis à l'avenir d'une manière spéciale, d'après un règlement formulé dans les propositions suivantes :

I.—Il est institué auprès de chaque Faculté mixte de médecine et de pharmacie un institut spécial de médecine légale et toxicologie, dont les fonctionnaires sont nommés au concours, réglé d'après un règlement administratif

II.—Lorsque, après une autopsie légale, une analyse chimico-légale aura été reconnue nécessaire, les parties incriminées, recueillies et scellées selon les règlements en usage, seront envoyées dans les Instituts officiels de toxicologie.

III.—Lorsqu'une contre-expertise sera demandée par le représentant du Gouvernement ou la partie civile, les experts ne pourront être choisis que parmi les chimistes docteurs ès sciences reçus auprès d'une Faculté reconnue par l'Etat.

IV.—Lorsque la Cour aura constaté qu'un différend sérieux existe entre les divers experts choisis par les parties au sujet d'un empoisonnement présumé, le débat sera jugé en dernier ressort par la Société de médecine légale, réunie en séance spéciale.—*Revue de Littérature médicale.*

Ondrillon en Amérique.—On lit dans le *Philadelphia Times* :

Un chirurgien de notre ville est en train de faire fortune au moyen d'une innovation dont toutes les dames raffolent.

Il s'agit cependant d'une opération chirurgicale.

Les coquettes Pensylvaniennes, voulant à toute force avoir les plus petits pieds de l'Amérique, se font enlever le petit doigt des deux pieds; cette opération subie sans douleur, à l'aide du chloroforme, a pour effet de donner aux extrémités une exiguïté extraordinaire.

Les Athéniens, amoureux de leur forme, n'eussent jamais imaginé cette ignoble mutilation.

Homicide par imprudence.—En février dernier, un ouvrier voulant se purger avec de la rhubarbe, se présenta chez un pharmacien qui lui remit, au lieu de cette substance, une forte dose d'ellébore. Quelques instants après l'ingestion, le malade se sentit fort mal; il expirait au bout de trois heures.

Le pharmacien soutint qu'on lui avait demandé de l'ellébore. L'autopsie, ordonnée par le parquet, démontra que les lésions intestinales se rapportaient à l'action de l'ellébore. Considérant que le pharmacien, en livrant cette substance, avait eu le tort de ne faire aucune recommandation et de ne pas placer sur le papier sa double étiquette; rouge, orange et noire, qui indique l'usage externe, la Cour de Nîmes a confirmé le jugement qui avait condamné ce pharmacien à un mois de prison et 200 fr. d'amende, pour homicide par imprudence.—(*Journal de médecine et de pharmacie de l'Algérie.*)

Appréciation de la thermométrie.—Un malade avait une pneumonie, et plusieurs fois par jour on lui appliquait le thermomètre pour se rendre compte de l'état de la température. Quand la convalescence survint, les applications du thermomètre furent suspendues, mais le malade en réclama de nouveau l'application, disant *que jamais on ne lui avait appliqué un remède qui lui fit autant de bien que celui-là.*

Brochures reçues.

Transactions of the Medical Society of the State of Tennessee at its forty-fifth annual meeting, 1878.

The second annual report of the Board of Trustees of the Western Pennsylvania institution for the instruction of the deaf and dumb, for the year ending september 30, 1878.

Consumption and its treatment with the Hypophosphites, by J. A. McArthur, M. D. (Harv.)

A case of inflammatory Fungoid Neoplasm, by Louis A. Duhring, M. D., professor of skin diseases in the hospital of the University of Pennsylvania, etc., etc.

Yellow Fever, facts as to its nature, prevention and treatment, by John B. C. Gazzo, M. D., Parish of Lafourche, La., 1878.

NAISSANCE.

Le 26 Mars dernier, au No. 65 Rue Dubord, Carré Viger, la Dame de G. O. Beaudry, M. D., une fille.

DÉCÈS.

En cette ville, le 14 Mars dernier, âgée de 17 jours, Marie, Anna, Angelina, enfant du Dr. J. Gagnon.