

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

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

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

L'ABEILLE MEDICALE

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

Rédacteur : THS. E. D'ODET D'ORSONNENS, M. D.

Vol. III. SEPTEMBRE et OCTOBRE 1881. Nos. 9 et 10

La lumière se fait enfin, et de plus en plus, sur la question universitaire.

Son Eminence le Cardinal Siméoni vient d'adresser à Sa Grâce Monseigneur l'archevêque de Québec, qui l'a fait publier dans toute la presse, un Décret daté de Rome, 13 septembre 1881. Ce Décret nous explique facilement maintenant la *prétendue victoire* de Laval annoncée par le télégramme du 21 septembre, et sur la foi duquel les amis de cette institution s'appuyaient pour l'assurer eux-mêmes au public.

Aussi, dans cette circonstance, le comité des citoyens jugea-t-il à propos d'envoyer aussitôt à Rome le télégramme suivant au révérend M. Dumesnil :

“ Laval chante victoire, est-ce vrai ? ”

M. de Montigny reçut la réponse suivante :

“ Avant plaidoirie, Pape avait dit, faut exécuter Décret ; mais affaire reconsidérée, notre attitude non blâmée ; procédés Laval non justifiés ; questions Ecole, Bill, non décidées. “ Confiance, travaillons ferme.”

Nous tenons à bien faire remarquer que ce Décret, transmis à Sa Grâce Mgr. l'archevêque de Québec, est en date du 13 septembre, tandis que le télégramme de M. Dumesnil porte celle du 29 du même mois.

M. Dumesnil disait donc vrai :

“ *Avant plaidoirie*, Pape avait dit : “ *faul exécuter Décret.*”
 “ Mais affaire reconsidérée, (ajoutait M. Dumesnil), notre
 “ attitude non blâmée; procédés Laval non justifiés; ques-
 “ tions Ecole, Bill, non décidées. Confiance, travaillons
 “ ferme.”

Ces lignes prouvent donc avec la plus grande évidence que la question, qui semblait en effet de nouveau décidée en faveur de Laval, avant l'arrivée des délégués de Montréal à Rome, a été *reconsidérée* ensuite par les autorités romaines *qui ont permis une plaidoirie*. M. Trudel nous écrit à cette occasion que pour être en position de la faire, d'après les usages de la ville sainte, il a reçu le diplôme de Docteur de St. Pierre, et qu'il devait commencer à plaider le 26 septembre. Tout cela démontre péremptoirement la véracité du reste de la dépêche de M. Dumesnil.

En effet, *si notre attitude était blâmée, les procédés de Laval justifiés, les questions de l'Ecole et du Bill décidées*, pourquoi y aurait-il ce procès à Rome, et pourquoi surtout ce diplôme de Docteur de St. Pierre aurait-il été délivré à l'Honorable M. Trudel expressément en conformité avec les usages dans ces circonstances ? Enfin si la question était alors terminée que voudraient donc dire les derniers mots de la dépêche de M. Dumesnil “ *Confiance, travaillons ferme.*”

Mais, s'empressera-t-on de nous objecter, que vaut le télégramme de M. Dumesnil, après celui de Son Em. le Cardinal Siméoni qui disait :

“ *La nouvelle donnée par Dumesnil est dénuée de fondement.*”

Pour nous assurer si nous étions en lieu de pouvoir soulever cette grave objection, nous avons encore envoyé à Rome la dépêche télégraphique suivante :

Un télégramme de Son Em. le Cardinal Siméoni contredit celui du Révd M. Dumesnil.

M. Trudel nous répond le 12 octobre.

“ *Vu Siméoni, connaissait pas TOUT télégramme Dumesnil.*”
 Nous nous abstiendrons de tout commentaire.

Mais chacun peut voir qu'on ne peut plus raisonnablement mettre en doute l'exactitude des renseignements donnés par M. Dumesnil.

Pour terminer, nous nous contenterons de faire remarquer que nous nous en sommes tenus seulement et strictement aux faits déjà publiés, mais les coordonnant à la suite les uns des autres, pour faciliter à un chacun les moyens de bien comprendre la situation.

Dès lors, il est donc clairement prouvé que, par son empressement à courir à Rome, Laval avait seulement réussi à obtenir un nouveau Décret *pour forcer l'exécution* de celui du 1er février 1876, mais qu'après l'arrivée des délégués de Montréal, ceux-ci ont pu amener le St. Siège à *reconsidérer* l'affaire, et que leur plaidoirie a commencé le 26 septembre.

Enfin pour nous résumer en quelques mots, la question est donc tout simplement redevenue ce qu'elle était le 1er février 1876 ! Ce qui le prouve, c'est la publication du Décret de cette date, après celui du 13 septembre *qui en ordonne l'exécution*.

C'est justement parce que Laval ne se conformait pas à ce Décret du 1er février 1876 que nous sommes allé à Rome, et que nous avons mis devant la S. Congrégation de la Propagande notre mémoire. Aussi dans de telles circonstances, permettre, à Rome, de plaider la cause de Montréal est un fait bien propre à nous donner les espérances les mieux fondées, ou que nous aurons bientôt cette université catholique, pour l'obtention de laquelle, nous travaillons depuis si longtemps, ou que le Décret du 1er février 1876, au moins *sera réellement exécuté*. En effet "adhuc sub judice lis est, et Roma locutura est."

Au reste et quoiqu'il arrive, nous demeurerons toujours les enfants soumis de l'Eglise.

THS. E. D'ODET D'ORSONNENS.

Un cas de version pelvienne spontanée.

Le 18 juillet dernier, après les dix heures du soir, j'étais appelé auprès de la femme A. V., âgée de 34 ans, mariée depuis huit années et se disant dans le huitième mois de sa dixième grossesse. Elle avait déjà eu trois enfants à terme et fait six fausses couches.

Les douleurs commencées le 13 à 6 A. M., duraient donc depuis six jours !

Le 15, à 8 heures P. M., son médecin lui avait donné deux poudres anodynes ; rappelé le lendemain (le 16, à 4½ A. M.) il lui administrait une dose d'ergot, faisait la rupture des membranes, puis revenait une seconde fois à l'ergot. Resté auprès de la malade, il persista à vouloir l'accoucher, jusqu'à huit heures. L'enfant, qui avait donné des signes de vie jusqu'à ce moment, ne fit plus désormais aucun mouvement.

Après une absence de six heures, le médecin fut redemandé à 2 heures P. M., et la femme mise de nouveau sur le lit de douleurs.....

Enfin le médecin laissa la malade dans le même état à 4 heures P. M. et ne revint plus !

Les douleurs continuant toujours, la famille découragée se décida à régler son compte avec son médecin pour en appeler un autre. On vint chez moi.

A mon arrivée, l'utérus était fortement contracté et tétanisé sur le fœtus qui était déjà descendu et comme enclavé dans le petit bassin. Les bords de l'orifice utérin étaient minces et tendus, mais la dilatation, à peine de la grandeur d'une pièce de vingt sols, permettait tout au plus d'appliquer la pulpe de l'index sur la partie du fœtus qui se présentait. Je pus constater néanmoins la présence d'un membre, sans toutefois pouvoir déterminer lequel, l'introduction du doigt dans l'utérus étant tout à fait impossible.

Pendant que la famille me donnait les détails sur la marche de la maladie, les tranchées devenues tout à coup très-fortes et presque continuelles, la femme s'écria qu'il était sorti quelque chose par la vulve,

C'était un bras, le droit. J'avais affaire à une présentation du tronc en deuxième position de l'épaule droite. *Les eaux écoulées depuis trois jours*, la paroi utérine directement appliquée sur le fœtus lui enlevant sa mobilité, l'introduction de la main impossible pour tenter la version, que faire ?

Mais je suis aussitôt tiré d'inquiétude.

L'épaule devient plus saillante et se trouve poussée vers le centre du détroit, puis je vois apparaître et se dégager successivement à la vulve : d'abord la partie supérieure et latérale de la région thoracique, *et pendant que le membre procidé rentre dans l'utérus*, le flanc, la hanche et le siège. Pour la première fois, après plus de quarante ans de clientèle, je rencontrais, après bien des milliers d'accouchements, un cas de version spontanée !

L'enfant mort (un garçon), mesurait dix huit pouces de long ; il était aussi gros, au dire des parents, que ceux que la mère avait déjà mis au monde à terme. Je regrette n'avoir pu le peser et être incapable de donner les diamètres de sa tête et sa circonférence ; mais je suis porté à croire que sa naissance a eu lieu à peu près au temps fixé par la nature.

La mère est aujourd'hui en parfaite santé.

Seulement si ces tentatives d'accouchement tout à fait intempestives n'avaient pas eu lieu, cette rupture si prématurée des membranes, cette administration d'ergot, lorsqu'il n'y avait encore aucune dilatation de l'orifice utérin, que la présentation ne pouvait être reconnue, et si on avait attendu la dilatation du col, l'enfant n'aurait probablement pas succombé et aurait pu être sauvé par la version, ou du moins recevoir à temps le baptême.

Deplus, sans le bonheur de cette version spontanée, la mère aussi serait probablement morte, car il était impossible de tenter de faire la version à mon arrivée auprès de la malade, et il ne restait plus que l'embryotomie pour toute ressource, l'embryotomie ! dont la proportion générale de la mortalité s'élève à 65 pour 100 !!!

Réduit à cette extrémité, j'aurais préféré le procédé de Posta.

Il fait tendre et relever le bras procidé, s'en sert comme d'un guide pour parvenir au creux axillaire. Il fait sur ce point, au moyen d'un bistouri convenablement disposé, une incision de deux ou trois travers de doigts, puis, par cette ouverture, il introduit des pinces et enlève les organes thoraciques et abdominaux. Enfin il termine l'opération par une version: le volume du tronc est assez diminué pour qu'elle soit possible.

Je ne veux pas terminer sans faire remarquer la longueur du temps écoulé depuis la rupture des membranes jusqu'au moment de la version spontanée, trois jours ! Joulin dit que cette dernière se produit surtout avant et est encore possible immédiatement après la rupture de la poche des eaux, il comprend difficilement qu'elle puisse avoir lieu beaucoup plus tard, lorsque la paroi utérine directement appliquée sur le fœtus lui enlève sa mobilité. Il cite néanmoins l'observation de Velpeau qui a été témoin d'une version spontanée survenue sept heures après la rupture des membranes. Le cas que je rapporte prouve qu'elle peut encore avoir lieu après un laps de temps plus long. De plus que Joulin n'avait pas raison de se refuser à ajouter foi à l'observation de Cazeaux, lorsqu'il a admis que, dans ce cas, le membre procidé pouvait rentrer dans l'utérus lorsque le siège s'abaisse.

Cette observation doit profiter aux jeunes médecins et les mettre en garde contre l'abus de toutes ces manœuvres intempestives, et surtout de celui de l'ergot, qui est si commun, et fait périr tant d'enfants in utero par l'interruption de la circulation placentaire. Ils ne doivent pas oublier que, dans une mauvaise présentation, l'effet de ce remède peut rendre impossible la version, causer la rupture de l'utérus. L'ergot d'ailleurs est un poison; dans une consultation, j'ai vu pendant une couche une femme succomber à ses effets toxiques et je pense qu'il peut en être quelquefois ainsi pour l'enfant.

MÉDECINE.

De la dissolution des fausses membranes de l'angine couenneuse par les applications locales de papaine.

(Note de M. E. BOUCHUT.)

J'ai montré, depuis 1877, dans mes cours de clinique à l'hôpital et dans mes publications du *Paris médical*, quelle était l'action dissolvante et peptonisante de la papaine sur la fibrine humide, à l'étuve ; sur les helminthes, ténias, ascari-des et trichines ; sur les fausses membranes du croup extraites par la trachéotomie. Ces expériences ont été l'objet d'une communication à l'Académie, faite au nom de M. Wurtz et au mien, dans le mois d'août 1879.

Voici le passage relatif à la dissolution des fausses membranes du croup et de la diphthérie :

Une autre application, dans mon service, a été la digestion rapide des fausses membranes du croup extraites par la trachéotomie et des helminthes, tels que ténias et lombrics, rendus par les malades.

Une fausse membrane de la trachée, épaisse, résistante, élastique, mise dans un tube à expérience avec une solution de suc de papaya au tiers, se dissout à froid en quelques heures, et en quelques minutes si l'on chauffe légèrement le tube sur la lampe à alcool.

En 1877, 1878 et 1879, l'expérience a été faite à ma clinique devant de nombreux assistants.

Depuis lors, ces études ont été poursuivies sur un grand nombre de malades. Elles ont démontré qu'on pouvait espérer d'obtenir par les applications de papaine la dissolution et la digestion sur place des fausses membranes de la diphthérie.

Ce n'est sans doute pas la même chose de badigeonner avec la papaine cette pellicule de fibrine adhérente sur les amygdales que de la faire tremper dans une solution mise à l'étuve et dans un verre. Mais la papaine a des propriétés parti-

culières communiquées par M. Wurtz à l'Académie dans la séance du 20 novembre 1880. Il lui a suffi de toucher et d'imprégner un instant la fibrine humide pour que celle-ci, lavée ensuite à grande eau pendant plusieurs heures, conserve la faculté de se dissoudre et de se transformer en peptone. C'est sur cette propriété fort extraordinaire que se base l'application de la papaïne au traitement de l'angine couenneuse et de la diphthérie cutanée.

L'expérience semble défectueuse et elle l'est en réalité, puisque sur les malades on n'imprègne la pellicule membraneuse que par le côté extérieur et non par la face interne ; mais même dans ces conditions défavorables elle réussit.

L'application doit être renouvelée à plusieurs reprises, toutes les deux heures environ, et l'on voit les fausses membranes s'amincir lentement, se désagréger et disparaître définitivement au bout de trois, quatre ou cinq jours. Les fausses-membranes ne fondent pas comme lorsqu'on les met baigner dans un verre à l'étuve, mais elles sont manifestement attaquées et se dissolvent graduellement.

Cela m'a paru suffisant pour encourager de nouvelles tentatives, et, comme les cas sont toujours malheureusement très nombreux, j'ai pu soumettre indistinctement et sans choix tous ceux qui se sont présentés à moi dans ma pratique et à l'hôpital.

Dans le commencement de mes études, j'ai ainsi traité trente-deux cas, enfants ou adultes, et n'ai eu que quatre morts. Un des malades guéris avait en même temps une diphthérie cutanée, très épaisse, du conduit auditif et un autre une conjonctive pseudo-membraneuse. Ces deux cas ont été des plus remarquables par la rapidité de la dissolution des fausses membranes.

Il m'a semblé que, théoriquement et pratiquement, ces faits étaient dignes d'être présentés à l'Académie, qui a déjà reçu nos communications précédentes sur la papaïne.

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

DU TRAITEMENT DES NÉPHRITES EN GÉNÉRAL par M. LABADIE
LAGRAVE, médecin du bureau central. (1).

Les lésions rénales qu'on rencontre dans les différentes formes de néphrite échappent à nos moyens de traitement. Ainsi nous ne connaissons pas de remède capable d'enrayer la néphrite aiguë dans sa marche. Cette maladie évolue avec une assez grande rapidité et il est généralement admis que lorsqu'elle ne tue pas, elle tend vers la guérison spontanée, à la réparation des lésions rénales. Quant aux différentes formes de néphrite chronique, elles sont susceptibles d'être amendées et prolongées, grâce, non point aux médications dirigées contre les lésions rénales elles-mêmes, mais aux mesures diététiques et hygiéniques qui suppriment ou atténuent la cause supposée de la maladie ; grâce aussi à la répression des accidents qui menacent directement la vie du malade et qui sont la conséquence plus ou moins prochaine de la néphrite. L'intervention du médecin dans les cas de néphrite se trouve donc limitée à des mesures de prophylaxie et un traitement symptomatique.

De plus, la nature des fonctions de l'organe lésé impose au médecin la plus grande réserve dans le choix des médicaments à diriger contre tel ou tel ordre de symptômes. Le rein est, en effet, l'organe d'élimination par excellence. La plupart des substances médicamenteuses introduites dans notre organisme sont éliminées, en partie ou en totalité, par la voie du filtre rénal. Toute substance capable d'irriter les éléments anatomiques du rein, à son passage à travers cet organe, doit donc être sévèrement proscrite du traitement des néphrites.

Un autre danger réside dans les entraves créées par la lésion rénale à l'élimination des substances médicamenteuses incorporées. Ce danger est à craindre surtout avec les médi-

(1) Extrait du NOUVEAU DICTIONNAIRE DE MÉDECINE, article *Reins*.

caments qui, dans les circonstances physiologiques, s'éliminent avec une extrême rapidité par les urines. Dans les cas de néphrite, l'emploi de ces médicaments doit faire redouter des effets cumulatifs qui font défaut dans toute autre maladie.

De tout cela il résulte que dans le traitement des néphrites le médecin doit se préoccuper au moins autant de ce qu'il ne doit pas faire, de ce qui peut être pernicieux au malade, que des moyens à opposer aux accidents engendrés par la lésion rénale. Impuissant à lutter contre cette dernière il devra s'inspirer, dans le choix des remèdes, de l'adage bien connu, *primum non nocere*, qui trouve ici son application plus que dans toute circonstance. C'est donc par les médications dangereuses que nous allons débiter dans ces considérations générales sur le traitement des néphrites.

I. *Médications dangereuses*. — En tête de ces médications nous placerons, la médication révulsive, qui a la prétention de détourner les inflammations profondes vers le tégument externe, à l'aide d'une révulsion opérée sur la peau. Or les agents habituellement employés pour obtenir la révulsion figurent parmi les irritants par excellence du parenchyme rénal ; nous voulons parler de la cantharide employée sous forme de vésicatoire, de l'essence de moutarde sous forme de sinapismes. Des expériences que nous ferons connaître en traitant de la néphrite aiguë démontrent que l'incorporation de la cantharide sous la peau d'un animal est un moyen infaillible de développer, chez lui, une néphrite parenchymateuse. Que penser dès lors de l'emploi des vésicatoires, tant prôné dans le traitement de la néphrite aiguë à l'époque où, sous l'influence de la doctrine de Broussais, on ne voyait partout qu'inflammation à juguler ? Aujourd'hui presque tous les médecins s'accordent à considérer comme dangereux l'emploi des vésicatoires dans le traitement de la néphrite aiguë ; mais il n'en est pas de même pour les formes chroniques. Ainsi, dans le dernier fascicule de ses leçons de clinique de thérapeutique, M. Dujardin-Beaumetz déclare que

“ la cantharide si dangereuse dans les phlegmasies récentes (du rein), présente moins de danger lorsque vous avez affaire à des lésions rénales anciennes. On a même proposé l'emploi de la cantharide à l'intérieur pour la cure de ces néphrites chroniques. On espérait stimuler ainsi les fonctions du rein et donner une activité passagère à ces émonctoires ; sans approuver cette médication, que je crois toujours dangereuse et souvent inefficace, je pense cependant que dans les périodes avancées de la maladie de Bright, on peut, sans trop d'inconvénient user des vésicatoires à la cantharide sur la région des reins. ”

En admettant qu'une telle pratique fût réellement inoffensive, elle ne nous semble répondre à aucune indication précise. Mais nous ne craignons pas de le déclarer hautement, l'emploi du vésicatoire est une pratique perniciense, condamnable dans toute forme du mal de Bright. Prenons, par exemple, un malade atteint de la forme de néphrite qu'on est convenu d'appeler néphrite interstitielle chronique, qui reste latente pendant des années, qui évolue ensuite avec une bénignité relative jusqu'à l'époque des accidents ultimes ; prenons ce malade à la phase initiale. Que pour une dyspnée subite attribuable à l'urémie, ou pour toute autre cause, on lui applique un vésicatoire de moyenne dimension, la polyurie qui, cela est bien reconnu, est la sauvegarde de ce malade fera place à l'oligurie ; les urines, en même temps que rares, deviennent plus foncées en couleur, quelquefois sanguinolentes fortement sédimenteuses ; et l'oppression du malade ne fait qu'augmenter, il s'y joint de l'agitation nerveuse, même des accidents plus graves. Sans doute cet orage n'est que passager ; mais cette aggravation des symptômes n'a-t-elle pas eu sa cause dans une aggravation de la lésion rénale ?

Ce que nous disons des vésicatoires pourrait s'appliquer, dans une moindre mesure il est vrai, au sinapisme, et peut être aussi aux applications de teinture d'iode : témoins les faits publiés par notre excellent collègue M. J. Simon, qui démontrent que chez les enfants des badigeonnages de tein-

ture d'iode répétés pendant plusieurs jours peuvent suffire à développer de l'albuminurie. Cette restriction n'est point applicable à l'administration interne de l'iode et des iodures auxquels on a attribué, non sans raison, une influence salutaire sur l'évolution des lésions rénales.

La fuchsine qui passe aux yeux de quelques médecins pour diminuer l'albuminurie dans la maladie de Bright, et la nitro-glycérine, vantée par Mago-Robson contre la dyspnée urémique sont des substances toxiques dont l'efficacité est trop sujette à caution pour pouvoir compenser les inconvénients auxquels expose leur emploi dans la pratique médicale.

Puis viennent les médicaments dont l'emploi, avons-nous dit, est entouré de dangers, chez les brightiques, par suite des entraves que les lésions rénales créent aux échanges de l'organisme avec le dehors.

Il y a bien des années que Hahn signalait pour la première fois comme un symptôme de l'albuminurie l'imperméabilité des reins aux substances odorantes ; à ce propos il citait l'observation reproduite dans le *Traité de la goutte* de Guilbert (1820), d'un goutteux qui prit pendant longtemps de la térébenthine à l'intérieur, sans que ses urines eussent l'odeur de la violette. Rayet, dans son admirable *Traité des maladies des reins*, relate un fait du même genre. M. Corlieu en a communiqué un autre à la Société de médecine pratique (1856). Un peu plus tard, M. de Bauvais, dans une communication à l'Académie de médecine (1858), concluait de ses recherches que le défaut d'élimination des substances odorantes est un signe exclusif, pathognomonique de la maladie de Bright.

Vers la même époque Todd (1857), publiait un cas d'empoisonnement survenu chez un goutteux après l'administration d'une faible dose de poudre de Dover. Todd n'hésita pas à mettre sur le compte de la lésion rénale cette susceptibilité insolite du malade à l'égard de la préparation opiacée. Après lui, M. Cornil a mentionné en quelques mots un exemple d'intolérance pour l'opium chez un brightique, ce qui fournit à Charcot l'occasion de déclarer qu'à maintes reprises il avait

été témoin de faits semblables. Roberts, Duckwarth ont également parlé de la susceptibilité pour certains médicaments que développent chez les brightiques les lésions rénales. Dickinson a surtout insisté sur l'intolérance que manifestent ces malades pour l'opium. Enfin M. Bouchard, à propos de deux cas de mort provoquée par un traitement mercuriel chez des sujets à l'autopsie desquels on trouva des lésions rénales graves, a mis en lumière, pour la première fois dans ses Leçons de la Charité (1873), les dangers que présentent l'emploi de certains médicaments dans les cas de lésions rénales. Dans une communication ultérieure à la Société de biologie (1826), M. Bouchard a insisté judicieusement sur les particularités que présente l'élimination des alcaloïdes dans les maladies des reins.

Cette question du danger de certains médicaments dans les cas de lésions rénales a été exposée depuis, avec le plus grand soin, par un élève de M. Bouchard, M. Chauvet (de Lyon). Dans sa thèse inaugurale il a étudié successivement, à ce point de vue spécial, le sulfate de quinine, le bromure et l'iodure de potassium, le mercure, l'acide salicylique, l'opium et l'atropine.

Les faits réunis par E. Chauvet démontrent de la façon la plus évidente que, chez les brightiques, non seulement la durée de l'élimination du *sulfate de quinine* est prolongée, mais que la quantité de cette substance retrouvée dans l'urine est bien inférieure à celle que l'on constate chez un sujet sain. Deux observations démontrent que le délai nécessaire à l'élimination du *bromure de potassium* par les urines est également accru dans une proportion notable par le fait d'une lésion rénale. Il en est encore ainsi pour l'*iodure de potassium*.

Déjà Robert dans son traité pratique des maladies des reins et des voies urinaires (1868) avait rapporté un cas d'intoxication survenue chez un brightique à la suite de l'incorporation de très faibles doses de *mercure*. Deux faits de même nature observés depuis par M. Bouchard ont été, nous l'avons

dit, une occasion pour le jeune et savant professeur d'attirer l'attention de ses confrères sur la susceptibilité des brightiques pour certains médicaments. Dans l'une de ces observations il s'agissait d'un malade de trente sept ans, affecté de lichen syphilitique avec iritis, et qui depuis quatre mois était sous le coup d'une prostration profonde avec pâleur de la face, œdème des paupières et des malléoles. Pourtant les urines ne renfermaient pas d'albumine. Pendant six jours le malade prit de la liqueur de Van-Swiéten à la dose quotidienne de deux cuillerées. Pendant quatre autres jours le traitement spécifique fut suspendu. Puis, pendant les trois jours qui suivirent, on lui fit des frictions mercurielles (4 grammes chaque fois). Une stomatite s'était développée avec des allures tellement graves qu'on dût suspendre les frictions. L'urine renfermait des traces d'albuminurie ; sept jours après, le malade succombait dans le coma. A l'autopsie on trouva les lésions du petit rein granuleux doublées d'une congestion des pyramides de date récente.

Dans la seconde observation, il est question d'une jeune femme qui entra dans le service de M. Bouchard pour une stomatite mercurielle très intense ; et pourtant elle n'avait pris aucune préparation hydrargyrique, et rien ne pouvait faire penser à une intoxication professionnelle. La seule explication qu'on pût trouver de sa stomatite, c'était que la veille elle était venue à la consultation gratuite pour des ulcérations siégeant sur la vulve, et elle avait été cautérisée au nitrate acide de mercure. Cette malade, qui était enceinte avorta et mourut. A l'autopsie on trouva les lésions du gros rein blanc (néphrite pérenchymateuse chronique).

II. *Prophylaxie.* — La classification étiologique que nous avons donnée des néphrites nous servira de guide dans l'exposé de la prophylaxie de ces maladies. Dans un premier groupe de néphrites, nous avons rangé celles qui sont attribuables à l'élimination par les reins d'un principe infectieux organisé ou de quelque substance toxique.

Pouvons-nous, dans un cas de maladie infectieuse comme

la scarlatine, la diphthérie, prévenir par un moyen quelconque l'écllosion d'une complication néphritique ? Nous ne connaissons pas de moyens internes capables de produire ce résultat. Les agents antiseptiques, l'acide phénique en particulier, sont dangereux plutôt qu'utiles, par suite de l'irritation qu'ils exercent sur les reins. D'autre part, des faits irrécusables démontrent que chez des scarlatineux, par exemple, la néphrite s'est développée dans le décours de la fièvre éruptive, quoique les malades fussent tenus au lit, à l'abri de tout refroidissement, de tout écart de régime, et entourés des soins les mieux entendus. On peut en dire autant des autres maladies supposées parasitaires, telles que la diphthérie, la variole, la fièvre typhoïde, la fièvre récurrente, etc. Est-ce à dire qu'il n'y ait nul avantage à soustraire les malades atteints d'une affection de cette nature à l'action du froid et d'une hygiène défectueuse ? Non certes, ce sont là des circonstances adjuvantes ou prédisposantes qu'il y a tout intérêt à mettre hors de cause.

A côté de cette néphrite septique, complication d'une fièvre infectieuse, nous avons placé la néphrite qui survient dans le cours des maladies chroniques donnant lieu à des suppurations profuses, en particulier à des suppurations osseuses avec communication entre le foyer purulent et l'air extérieur. En pareille concurrence, on peut voir se développer la dégénérescence amyloïde du rein ou la néphrite parenchymateuse, ou les deux lésions simultanément. Tarir la source du pus est la première indication à remplir pour prévenir ces complications rénales et pour les enrayer dans leur marche lorsqu'elles sont déjà développées.

Nous avons ensuite les *néphrites toxiques*, les unes d'origine médicamenteuse, dont il a déjà été question, les autres épiphénomènes d'une intoxication professionnelle comme le saturnisme, ou l'alcoolisme. Ici la prophylaxie qui paraît devoir être toute puissante n'a en réalité qu'un rôle purement platonique, car il n'est pas plus facile de déraciner l'alcoolisme qu'il serait pratique de décréter l'abolition de certaines

professions que nous avons en vue dans ces lignes. Mais il semble très naturel d'admettre qu'en soumettant les ouvriers à une hygiène sévère et bien comprise, à de grands soins de propreté, à l'usage habituel des bains sulfureux, de mixtures sulfureuses (crème de tartre et soufre) qui ont le double avantage d'entretenir la liberté du ventre et de neutraliser une partie du plomb introduit dans l'organisme, on arrive à restreindre les ravages du toxique en général et, par conséquent son action nocive sur les reins. Force est de reconnaître toutefois que ce sont là de simples présomptions.

La prophylaxie est tout aussi impuissante à prévenir la *néphrite à frigore* et celle qui succède aux *brûlures graves*, car ce sont des recommandations essentiellement banales que celles qui consistent à conseiller dans un traité de pathologie l'éloignement d'influences pernicieuses qui surprennent l'individu sans qu'il ait le pouvoir de s'y soustraire. On pourra, quand l'occasion s'en présente, proscrire, au point de vue des fonctions rénales en particulier, l'habitation d'appartements humides. Mais, le plus souvent, de telles recommandations s'adressent à des gens qui n'ont pas les moyens de les mettre à profit.

Restent les *néphrites consécutives aux affections des voies urinaires inférieures*. Les données étiologiques que nous avons fait connaître à ce sujet sont la source d'indications formelles dans le traitement des inflammations suppuratives des voies d'excrétion de l'urine, qui s'accompagnent ou non d'une entrave à la miction. Il y a urgence à tarir ces suppurations, pour empêcher le processus inflammatoire de remonter jusqu'au bassin et aux reins, et cette recommandation s'applique à la blennorrhagie invétérée. Il est nécessaire aussi de recourir aux lavages intérieurs destinés à prévenir la décomposition du pus et de l'urine et l'irritation qui en pourrait résulter pour le parenchyme rénal. C'est aussi l'une des raisons pressantes de rétablir le cours normal des urines dans le cas où, pour une cause ou une autre, l'excrétion de ce liquide est, nous ne dirons pas supprimée, mais simplement entravée à un degré appréciable.

Quant à la *néphrite gravidique*, attribuée dans ces derniers temps à la compression des uretères par l'utérus gravide, nous établirons dans un prochain paragraphe qu'elle guérit dans la plupart des cas, spontanément, lorsque la cause qui l'engendre cesse de se faire sentir, c'est-à-dire avec le dénouement normal de la gestation. L'indication d'interrompre le cours de la grossesse ne se pose à l'esprit du médecin que lorsque la *néphrite gravidique* provoque des accidents qui mettent en danger immédiat la vie de la femme.

III. *Traitement des symptômes.* — 1o. *Oligurie. Anurie.* — Chez les brightiques, l'état de la fonction urinaire doit occuper la première place dans la sollicitude du médecin. D'une façon générale, on peut dire que, toutes choses égales d'ailleurs, la gravité d'une *néphrite* est à un moment donné en raison inverse de l'abondance des urines. C'est quand la sécrétion urinaire devient languissante jusqu'à tarir complètement que les accidents urémiques les plus graves, les convulsions et le coma sont imminents. Les autres troubles urémiques, les vomissements, la diarrhée, la dyspnée, la migraine, etc., attribuées à une dépuratation insuffisante du sang, sont également sous la dépendance étroite de l'activité de la diurèse.

Il faut donc stimuler la sécrétion urinaire.

Mais à quels diurétiques s'adresser? Nous éliminerons tout d'abord ceux qui irritent les éléments sécréteurs du rein, comme la scille, les sels de potasse, ces derniers ayant, en outre, le grave inconvénient de débilitier le cœur.

L'emploi de la digitale est contre-indiqué dans le traitement de la *néphrite aiguë* par les dangers que font craindre les effets cumulatifs du médicament, dans un cas où l'obstacle à l'écoulement de l'urine réside dans le rein lui-même, dont les canaux sont obstrués, et non dans une insuffisance de l'activité cardiaque. Or, c'est pour combattre ce dernier élément que la digitale trouve surtout son indication. D'ailleurs, l'administration de ce médicament ne pourrait jamais être que passagère, car elle provoque très vite des troubles

digestifs tels que l'anorexie, des nausées, des vomissements, qui préexistent déjà dans la néphrite aiguë.

On peut en dire autant de la *néphrite chronique dite parenchymateuse*, lorsque la diurèse se maintient bien au-dessous de son niveau physiologique. La digitale sera indiquée tout au plus dans la *néphrite chronique dite interstitielle* (petit rein atrophique), dans les phases initiales de la maladie, lorsque la polyurie, qui est de règle, vient à se restreindre accidentellement sans qu'il y ait des raisons de soupçonner un état graisseux du myocarde.

On a vanté comme diurétiques inoffensifs, dans les cas de néphrite, toutes sortes de tisanes dont l'efficacité nous semble assez douteuse. Le mieux est évidemment de s'en tenir au diurétique par excellence, au lait, qui est à la fois un stimulant des fonctions rénales et un aliment d'une grande valeur nutritive, parfaitement adapté à l'état des organes digestifs chez les brightiques. Aussi ne craignons-nous pas de recommander le régime lacté à l'exclusion de tout autre diurétique, contre l'oligurie et l'anurie dans les néphrites. Des faits précis nous ont même donné la conviction que, dans la néphrite chronique avec polyurie, l'usage quotidien du lait à doses variables, suivant la tolérance de l'estomac, contribue puissamment à retarder l'explosion des accidents qui marquent le début de la phase ultime, de la période grave de cette forme de néphrite.

2. *Albuminurie*. — Dans la pathogénie de l'albuminurie, nous avons fait intervenir trois éléments principaux : l'abaissement de la pression intra-artérielle et le ralentissement du cours du sang dans les reins, la perméabilité anormale de la paroi vasculaire et l'altération de l'épithélium rénal.

Nous avons déjà dit que nous ne connaissons pas de moyen direct de modifier la lésion rénale ; mais l'observation clinique nous démontre que le repos physique, la chaleur du lit, l'hivernage dans une station du midi, sous un climat doux exercent une influence des plus salutaires sur l'évolution de la maladie de Bright, surtout dans la forme chronique qui est

accompagnée d'hydropisies abondantes. Des cliniciens comme Bartels ont reconnu que le repos au lit et ce contact incessant de la peau avec une douce chaleur est un des plus sûrs moyens de combattre l'albuminurie. Le régime lacté contribue au même résultat, sans doute, en soustrayant au système vasculaire son trop plein de liquide, de façon à rétablir l'équilibre entre la pression veineuse et la pression artérielle au profit de cette dernière. On a vanté encore, pour combattre l'albuminurie, les tanniques, dont on ne s'explique l'efficacité (si tant est qu'elle existe) que par une action astringente sur la paroi vasculaire. De toutes les préparations tanniques, le quinquina sous toutes ses formes et en particulier sous forme de décoction est celle qui convient le mieux dans les cas de maladies de Bright, pour des raisons faciles à saisir. Notre excellent maître, M. G. Sée, a l'habitude de prescrire dans le traitement de la néphrite chronique le tartrate de fer en sirop qui agirait également comme modificateur de la paroi vasculaire et dont il affirme avoir obtenu de bons résultats. Tout récemment on a vanté les inhalations d'oxygène comme un puissant moyen d'obtenir la suppression transitoire de l'albuminurie.

3. *Œdèmes, hydropisies.* — L'œdème, dans la maladie de Bright, ne peut être attribué qu'à une rétention de l'eau du sang par suite de son élimination insuffisante par la voie des urines, ou à une perméabilité anormale des vaisseaux cutanés et nous avons dit que l'intervention simultanée de ces deux éléments est chose fort probable. On comprend dès lors que la stimulation des fonctions rénales languissantes, obtenue grâce à l'emploi du régime lacté, est un puissant moyen de combattre l'œdème brightique.

Quand cet œdème est généralisé et en même temps tenace, on a proposé d'appuyer l'action des diurétiques en stimulant du même coup l'activité fonctionnelle de la peau. C'est ainsi que les bains de vapeur figurent parmi les moyens habituels de traitement de la néphrite aiguë avec anasarque, que le traitement hydro-thermal, sous forme de bains très chauds

et prolongés, a été vanté par des cliniciens de premier ordre par Bartels entre autres, pour combattre l'œdème cutané aussi bien dans la néphrite chronique dite parenchymateuse que dans la néphrite aiguë.

Dans ces derniers temps, on a expérimenté dans les mêmes circonstances le jaborandi et son alcaloïde la pilocarpine. Le jaborandi a donné, entre les mains de Gubler, des résultats peu satisfaisants. Quant à la pilocarpine, des faits ont été publiés à l'étranger, entre autres par Rienzi (de Gênes), par Costa (de Rio de Janeiro), qui plaident en faveur de l'efficacité de ce médicament dans le traitement de la néphrite parenchymateuse. Il nous est impossible de donner une appréciation personnelle sur la valeur de ces faits. Notre excellent collègue et ami, M. Huchard, a obtenu des succès remarquables dans le traitement de la polyurie azoturique, à l'aide d'injections hypodermiques d'un centigramme de nitrate de pilocarpine pratiquées tous les jours pendant une ou deux semaines. Nous avons nous-mêmes obtenu de bons résultats de ce médicament dans des cas analogues ; mais il s'est montré bien souvent infidèle dans nos mains contre les hydropisies liées au mal de Bright.

A côté des diurétiques et des diaphorétiques, les *purgatifs drastiques* seront employés avec avantage contre les œdèmes brightiques. En faisant pleuvoir la sérosité du sang à la surface de l'intestin, ces médicaments combattent avantageusement la pléthore vasculaire engendrée par l'insuffisance de l'excrétion urinaire. On leur attribue en outre une action réulsive qui n'est nullement démontrée.

Nous ne voyons pas, par exemple, pour quelles raisons M. Dujardin-Beaumetz, après avoir reconnu que les purgations, dans les cas d'urémie créent une voie supplémentaire aux matières extractives de l'urine, ajoute que la médication purgative s'adressera à la néphrite interstitielle plutôt qu'à la néphrite parenchymateuse !

4. *Vomissements*. — Les vomissements dits urémiques, attribués à une rétention dans le sang des principes excrémenti-

tiels et à leur élimination par la muqueuse stomacale sont justiciables, avant tout, d'un traitement dirigé contre l'insuffisance de l'excrétion urinaire. Le lait à hautes doses, que nous avons vanté comme le meilleur des diurétiques et qui est aussi un sédatif de l'estomac, conviendra à tous égards pour atteindre ce but. Nous ferons remarquer que quand les vomissements sont exclusivement aqueux il peut y avoir inconvénient à les supprimer, par le fait qu'ils ouvrent une voie collatérale à l'élimination des produits de désassimilation de l'organisme, dont la rétention dans le sang constitue cet état toxémique connu sous le nom d'urémie. En fermant cette voie supplémentaire, on s'expose à favoriser l'explosion d'accidents plus graves.

Il n'en est plus de même lorsque les vomissements sont alimentaires. Alors il est indispensable de les combattre chez des malades qui sont sous le coup de tant d'autres causes de dénutrition. On essayera de calmer l'irritabilité morbide de l'estomac, en prescrivant aux malades des boissons gazeuses, de la glace, en menus fragments, du champagne, des vins généreux ; en cas d'intolérance absolue de l'estomac, il faudra supprimer tout autre aliment que le lait.

5. *Dyspnée*. — La dyspnée urémique, quand sa nature est méconnue, lorsqu'elle est attribuée, par exemple, à une lésion pulmonaire, expose le médecin aux méprises les plus regrettables. Un malade étouffe ; à l'auscultation on perçoit des râles humides aux deux bases ; quelquefois la percussion dénote l'existence d'un épanchement pleural. Mais tout signe stéthoscopique peut faire défaut. Dans l'un et l'autre cas, plus d'un médecin ne croira mieux faire, pour combattre la dyspnée, que d'appliquer sur le thorax du malade un large vésicatoire, ou encore de lui administrer de la morphine, dont on a exalté dans ces derniers temps les vertus anti dyspnéiques sous forme de potion ou par la voie hypodermique. Or nous avons insisté précédemment sur les dangers que font courir aux brightiques des interventions de cette nature.

6. *Accidents nerveux*. — Les accidents nerveux d'origine

urémique, qui réclament surtout l'attention du médecin, sont la migraine, les convulsions, le coma.

La migraine, chez les brightiques, résiste aux traitements réputés efficaces contre cette névralgie dans toute autre circonstance. Lorsque son origine urémique sera reconnue, c'est au traitement général dirigé contre les troubles de l'excrétion urinaire qu'il en faudra demander la guérison.

Contre les convulsions urémiques on a vanté la *saignée*. Nous n'approuvons cette pratique que lorsqu'elle s'adresse à un sujet atteint de la forme interstitielle de la néphrite chronique, qui conserve encore une forte dose de vigueur, qui n'est pas, en un mot, miné par des pertes abondantes et prolongées d'albumine. Nous préférons, d'une façon générale, l'emploi des inhalations de chloroforme, dont l'efficacité contre l'éclampsie brightique n'est pas contestable et qui agiraient, de l'avis de Taube, en faisant tomber l'élévation de la pression intra-vasculaire, cause prochaine des convulsions urémiques. Dans ces circonstances, l'hydrate de chloral, administré en lavements à la dose d'un ou deux grammes, associé au bromure de potassium et mélangé à une faible quantité de mucilage de gomme nous a rendu souvent des services. Ce moyen a paru, notamment dans deux cas d'éclampsie urémique, arrêter complètement les accès convulsifs et favoriser la guérison de nos deux malades.

Contre le coma nous sommes à peu près impuissants, et il serait tout aussi imprudent d'avoir recours chez les brightiques, à des révulsifs cutanés qu'à l'administration interne des diurétiques ou des substances qui passent pour exciter les centres nerveux.

Nous conseillerions, en pareil cas, de recourir à deux agents qui nous ont permis, à plusieurs reprises, sinon d'enrayer complètement les accidents urémiques, du moins de prolonger la vie de nos malades en retardant l'issue fatale. Au premier rang nous placerons les injections sous-cutanées d'éther à la dose d'une demi-seringue de Pravaz, renouvelées toutes les heures jusqu'à la disparition du coma. En

second lieu, dès que le malade est, grâce à ce moyen, réveillé de sa torpeur, nous faisons inhaler, toutes les trois heures, six à huit litres d'oxygène, en ayant soin de lui administrer concurremment vingt centigrammes de caféine dans une infusion de thé et de café. La caféine ne s'adresse pas seulement à la torpeur cérébrale, qu'elle dissipe, mais en activant la diurèse, elle peut favoriser l'élimination des principes excrémentitiels qui surchargent le sang et prévenir de la sorte les dangers immédiats de l'intoxication urémique. En présence des accidents souvent si rapides, qu'entraîne cette complication, aussi redoutable que fréquente, le médecin ne saurait rester désarmé. Quelque fragiles et impuissants que soient les moyens de défense contre l'ennemi qui le menace, la lutte est un devoir, car l'inaction augmente le danger et aggrave la faute.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

LE NAPHTOL. UN NOUVEAU MÉDICAMENT POUR LE TRAITEMENT DE CERTAINES AFFECTIONS CUTANÉES, par le professeur KAPOSI (de Vienne) (2)

Avant d'exposer les avantages qu'il a tirés de l'emploi du naphthol dans le traitement d'un certain nombre de dermatoses, l'auteur explique par quelle voie il a été amené à recourir à ce médicament nouveau.

L'efficacité du goudron contre certaines manifestations morbides du côté de la peau n'est pas contestable. Le goudron en application topique, combat admirablement les états sub-inflammatoires de la couche papillaire du derme, en faisant contracter les vaisseaux frappés de dilatation paralytique. C'est ainsi que dans les cas d'eczéma, de psoriasis, il fait disparaître l'hypérémie cutanée, la prolifération et la desquamation de l'épiderme qui en sont la conséquence; le goudron

(2) WIENER MED. WOCHENSCHRIFT, numéros 22, 23 et 24, 1881.

calme également les démangeaisons, complication fréquente de ces accidents cutanés, et détermine une mortification très légère des couches les plus superficielles de l'épiderme, résultat très recherché dans certaines circonstances.

Mais le goudron a contre lui sa couleur et son odeur désagréables ; il a de plus l'inconvénient de salir et de corroder le linge et d'exposer à des accidents toxiques locaux et généraux. Et alors le professeur Kaposi s'est demandé si l'un ou l'autre des principes constituants du goudron n'aurait pas les mêmes vertus thérapeutiques que ce dernier, sans présenter les inconvénients qui viennent d'être signalés. Faisant appel aux lumières et à l'intervention directe de son collègue le professeur Ludwig, le chimiste biologiste bien connu, M. Kaposi a pu se procurer les différents produits de distillation du goudron, la résine, les benzols, les phénols, en particulier l'acide phénique. Il ne tarda pas à se convaincre que seul le naphтол réalisait les desiderata signalés plus haut,

Il existe deux variétés de naphтол, isomères. Celui qui a servi aux expériences de M. Kaposi est le *b.* naphтол, dont la formule est $C^{10} H^8O$. Il est peu soluble dans l'eau, soluble dans son poids d'alcool pur, et dans l'alcool étendu de son volume d'eau. L'huile et les corps gras le dissolvent très rapidement. On peut donc l'employer en thérapeutique sous forme d'onguent. Voici d'ailleurs les principales propriétés physiologiques de ce corps.

Quand on badigeonne avec une solution étendue de naphтол dans de l'eau alcoolisée une certaine étendue de peau saine, on voit, après évaporation du liquide, le naphтол se déposer sous forme d'une couche mince qui communique à la peau saine un luisant et une souplesse très agréable.

Si pendant quelque temps on répète ces badigeonnages deux fois par jour, au bout de la huitième ou de la dixième application on voit la couche la plus superficielle prendre une teinte trouble d'un brun jaunâtre, sans qu'il y ait hyperémie et sans que la peau cesse d'être lisse. Dans les jours qui suivent, l'épiderme se soulève et se détache sous forme de minces lamelles très étendues.

Quand on opère avec une solution concentrée (5-10 0/0), ou lorsqu'on répète les badigeonnages à intervalles plus rapprochés, ou qu'on les fait sur des parties de peau envahies par une hyperémie aiguë, l'épiderme, en se colorant comme il a été dit, se fendille avant de se détacher. Mais l'hyperémie cutanée n'augmente pas et il ne se fait pas de sécrétion morbide à ce niveau. Lorsque la solution de naphthol était appliquée sur une région prédisposée aux éruptions eczémateuses, on voyait éclore quelques vésicules discrètes qui ne tardaient pas à subir la dessiccation. Dans certains états morbides de la peau, six à huit badigeonnages avec la solution alcoolique de naphthol aboutissaient à développer une rougeur diffuse.

Quand on frictionne la peau avec une pommade contenant de 1 à 15 parties pour 100 de naphthol, on lui communique également une souplesse plus grande, sans qu'il s'en suive ni rougeur ni éruption quelconque. Quand on applique sur la peau une compresse enduite de cette même pommade et maintenue en place avec une bande de flanelle, on voit se former une plaque érythémateuse sur un fond tuméfié qui se délimite très nettement d'avec la peau saine environnante. En même temps il se forme une eschare très superficielle n'intéressant que l'épiderme. Ce n'est qu'après dix ou quinze applications d'une pommade à 10-15 pour 100, que les malades traités pour une dermatose se plaignaient d'une sensation de brûlure plus ou moins vive, durant tout au plus une heure. Par contre, dans les cas d'éruptions prurigineuses, la sensation de démangeaison était, de l'avis de tous les malades, sensiblement calmée.

Voici maintenant les résultats thérapeutiques obtenus par le professeur Kaposi.

Gale.—Chez cinquante-deux malades affectés de gale et traités par le naphthol, l'efficacité de cette substance s'est montrée au moins égale à celle des meilleurs remèdes employés jusqu'ici contre cette affection parasitaire. Les malades étaient

frictionnés deux fois dans les vingt-quatre avec une pommade formulée de la façon suivante :

Naphtol	5 grammes
Axonge	100 —
Savon noir.....	50 —
Craie pulvérisée.....	10 —

M, s. a,

Non seulement les parasites étaient tués du premier coup, mais en même temps les éruptions multiples et en particulier l'eczéma scabigineux, qui compliquent habituellement la gale, étaient guéris très rapidement, quelquefois déjà le surlendemain. La pommade préconisée par Kaposi étant dépourvue de toute mauvaise odeur et n'altérant pas le linge, son emploi se recommande à la fois pour la pratique civile et la pratique hospitalière.

Psoriasis.—M, Kaposi a expérimenté l'emploi du naphthol dans trois cas *invétérés* de cette dermatose si rebelle, chez des femmes âgées de 20 à 25 ans. Chez toutes les trois, les squames de psoriasis se détachèrent déjà après une première application d'une pommade à 15 0/0. Après 6 à 8 inonctions, les plaques de psoriasis étaient moins saillantes, d'un rose pâle ; après 16 ou 20 inonctions, elles étaient devenues tellement pâles que, par comparaison avec la peau saine environnante, elles semblaient avoir perdu leur pigmentation normale, comme dans les cas de vitiligo.

L'auteur ne connaît qu'un remède dont l'efficacité contre le psoriasis soit comparable et même supérieure à celle du naphthol, c'est la *chrysarobine*, dont il a fait connaître les bons effets il y a environ trois ans (1). Mais la chrysarobine a le grand inconvénient de communiquer à la peau et aux cheveux une coloration d'un brun violet assez durable, et de faire naître des éruptions variées. Ce dernier inconvénient est partagé par l'acide pyrogallique qui a également donné de bons résultats dans le traitement du psoriasis. Le nombre des cas de psoriasis traités par le naphthol dans le service de Kaposi s'é

(1) Voir WIENER MED. WOCHENSCHRIFT, numéro 44, 1878,

lève maintenant à dix-sept. L'action salutaire de ce remède a été quelquefois plus lente à se produire qu'avec les deux autres substances à l'instant mentionnées. Néanmoins il devra de l'avis du médecin de Vienne, leur être préféré dans les cas où l'éruption occupe le visage, le cuir chevelu et les mains à cause du précieux avantage qu'il a de n'altérer ni la peau, ni la couleur des cheveux.

Eczéma.—Dans les cas d'eczéma intertrigineux et d'eczéma squameux, l'emploi topique du naphthol a donné les meilleurs résultats pour combattre l'hypérémie, la desquamation, les démangeaisons, et pour favoriser la régénération de l'épiderme. Tout d'abord Kaposi avait employé une solution comprenant 5 parties de naphthol et 5 parties de glycérine pour 40 parties d'alcool étendu. Mais cette solution fut trouvée trop forte et la proportion de naphthol fut progressivement abaissée à 1, et même 5.50 0/0. Dans certains cas on devra même se borner à l'emploi d'une solution à 0.25 0/0. C'est que le naphthol, même en solution étendue et en application topique, n'est pas un remède inoffensif comme ses congénères, l'acide phénique, l'acide salicylique, etc. L'usage en doit être surveillé avec une grande prudence, sans quoi on ne fera qu'aggraver les accidents cutanés. Il faut, de plus, choisir le moment opportun de son emploi, qui est, d'une façon générale, la période où la région eczémateuse, quoique encore hypérémiée, n'est pas sensiblement plus chaude que la peau saine. Alors, après deux à quatre badigeonnages avec une solution de naphthol de 1/2 à 2 0/0, on réussira à calmer les démangeaisons et à rendre à la peau sa teinte et son aspect habituels. Souvent, dès les premiers jours, l'épiderme se colore en brun jaunâtre et se détache sous forme de lamelles assez larges et très minces. A ce moment là, il faut suspendre l'emploi du remède. En continuant on ne ferait qu'aggraver le mal. Il faut s'arrêter également lorsque les applications de naphthol augmentent l'hypérémie cutanée ou lorsque l'épiderme vient à se fendiller.

L'emploi du naphthol a donné encore de bons résultats dans

un certain nombre de cas de séborrhée du cuir chevelu, de prurigo, dans un cas d'ichtyose et dans un cas de lupus érythémateux. Dans 8 cas de lupus vulgaire et dans 9 cas d'épithélioma, le naphтол s'est montré absolument inefficace.

E. RICKLIN.

Gazette Médicale de Paris. 9 Juillet 1881

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 29 juin 1881,

De quelques usages de la bande de caoutchouc vulcanisé dans les affections chirurgicales.

Indépendamment des hernies étranglées dans lesquelles la bande de caoutchouc ne lui a jamais donné de résultats satisfaisants et des affections eczémateuses des membres où son efficacité fut des plus remarquables, M. Marc Sée a fait usage, depuis plusieurs années, de cet agent dans les circonstances suivantes :

10. Infiltration œdémateuse des membres, quelle que soit la cause (affections du cœur, du foie, cachexies diverses, compression déterminée par des humeurs de l'abdomen, etc.) Dans toutes les circonstances, la bande élastique, convenablement appliquée, prévient les distensions trop considérables de la peau, ainsi que le développement de ces rougeurs érysipélateuses, auxquelles succèdent si fréquemment des mortifications partielles des téguments. Elle se montre particulièrement efficace contre les infiltrations si pénibles du membre supérieur, chez les femmes atteintes du cancer du sein avec propagation aux ganglions axillaires. De même pour l'œdème qui persiste après la guérison des phlébites et des lymphangites.

20. Infiltrations séroplastiques consécutives à certains phlegmons qui laissent à leur suite des raideurs articulaires

et une gêne des mouvements, provenant d'un état de rigidité de la peau et du tissu sous cutané. Les frictions et le massage, si utiles dans ce cas, trouvent un adjuvant très efficace dans la bande de caoutchouc, appliquée dans l'intervalle des séances. Les raideurs dues au gonflement des doigts, après les phlegmons de la main et de l'avant-bras, seront combattues avec succès par le même moyen.

30. Infiltrations et épanchements sanguins consécutifs à des contusions, des déchirures sous-cutanées, ecchymoses de toute espèce. La bande de caoutchouc favorise et hâte la résorption du sang extravasé, en agissant sur lui comme fait le pouce du chirurgien qui écrase une bosse sanguine du cuir chevelu, à cette différence près qu'elle agit sans violence et d'une façon continue.

40. Épanchements séreux dans les articulations et en particulier hydarthroses du genou, coude, cou-de-pied, rebelles parfois à tous les autres traitements, ou se reproduisant dès que le malade commence à marcher, comme cela se voit souvent à la suite d'arthrite blennorrhagique.

Dans plusieurs cas de ce genre, la bande m'a procuré des guérisons définitives en quelques jours, là où l'immobilité et les cautérisations ignées s'étaient montrées inefficaces.

50. Inflammations phlegmoneuses circonscrites ou diffuses à toutes les périodes de leur évolution. Partout où elle est applicable, la bande de caoutchouc remplace utilement le cataplasme émollient sur lequel elle a l'avantage de modérer l'afflux sanguin en comprimant les tissus.

60. Ecthyma des membres et ulcères qui restent à la chute des croûtes, ulcères atoniques, calleux, variqueux. Dans tous ces cas, la bande fait disparaître rapidement les complications et favorise la cicatrisation.

70. Dans les plaies récentes accidentelles ou chirurgicales réunies par la suture. La bande de caoutchouc par-dessus le pansement de Lister favorise la réunion immédiate et permet d'espacer les pansements beaucoup plus que d'habitude. Il m'est arrivé d'enlever le premier pansement seulement après

trois semaines et de trouver la plaie presque complètement guérie.

C'est là une application très importante que je me contente d'indiquer ici et sur laquelle je vous demanderai la permission de revenir avec plus de détail dans une autre communication.

Pour éviter les accidents, il faut user de quelques précautions dans l'application de la bande ; la compression qu'elle exerce sur les parties molles doit être très minime et ne jamais aller jusqu'à entraver la circulation. En enroulant la bande, on n'exercera qu'une traction très légère, suffisante pour que les divers tours soient exactement appliqués. Elle devra donc être réappliquée tous les deux ou trois jours.

Les effets produits par la bande dépendent de deux propriétés qu'elle possède au plus haut degré, l'*élasticité* et l'*impermeabilité*. Par son élasticité elle exerce une pression très faible, mais très efficace, puisqu'elle est continue et qu'elle est peu influencée par les petits changements de volume que peuvent éprouver les organes. Par son imperméabilité elle établit une barrière infranchissable entre les organes qu'elle recouvre et l'air extérieur. D'une part elle amasse au dessous d'elle les produits de la transpiration et des sécrétions de la peau, qu'elle entretient dans un état constant d'humidité et de chaleur, comme les cataplasmes ; d'autre part elle empêche les germes qui voltigent dans l'air de venir contaminer les plaies et constitue ainsi un adjuvant très sérieux du pansement antiseptique.

M. NICAISE : On a signalé quelques inconvénients à la suite de l'emploi du caoutchouc gris ; il irrite les plaies, et les tubes à drainage déterminent de la suppuration sur leur trajet. Aussi vaut-il mieux employer le caoutchouc rouge ou le noir.

M. VERNEUIL : Je demanderai à M. Sée si, dans les cas d'œdème symptomatique des affections cardiaques ou rénales, l'emploi de la compression n'est pas dangereuse. N'y a-t-il pas d'inconvénient à supprimer ces exhalations du tissu sé-

reux, et à refouler dans le torrent circulatoire le liquide épanché dans le tissu cellulaire. Ne peut-on pas occasionner ainsi des accidents urémiques.

Quant à l'œdème du membre supérieur chez les femmes atteintes de cancer du sein, si la compression les soulage, c'est un point très important.

M. SÉE : Au début je me suis fait les mêmes réflexions que M. Verneuil et je n'appliquai la bande qu'avec précaution ; mais, jusqu'à présent, je n'ai pas remarqué d'inconvénients dans cette méthode.

M. LE DENTU : Dans deux cas de cancer du sein avec œdème du bras, j'ai fait de la compression avec une bande simple. L'œdème a beaucoup diminué, mais j'ai été obligé de cesser à cause de la dyspnée dont les malades ont été prises.

M. TH. ANGER a vu un cas d'éléphantiasis du membre inférieur guéri par cette méthode. — *Gazette Médicale de Paris*, 2 juillet 1881.

A la séance du 6 avril 1881 de la Société de Chirurgie, M. Galezowski présente un malade auquel il a fait l'extraction d'un corps étranger (morceau d'acier) de l'œil, qui s'était logé dans la rétine après avoir traversé la cornée, l'iris, le cristallin et le corps vitré. Pour enlever ce morceau d'acier, M. Galezowski se servit du procédé qui a été employé en Angleterre par M. Bockwell. Il fit une section de la sclérotique entre le muscle droit supérieur et le droit externe, et au moyen d'une sonde aimantée introduite dans l'incision, il eut le bonheur de ramener le corps étranger. Il fit une suture de la sclérotique, qui se réunit par première intention.

CHIRURGIE PRATIQUE

APERÇU HISTORIQUE ET PRATIQUE DE 1876 A 1881 SUR LES PANSEMENTS A LA PÉRIODE ISCHÉMIQUE A L'AIDE DE L'ÉLÉVATION VERTICALE DU MEMBRE CHEZ LES GRANDS OPÉRÉS ET CHEZ LES BLESSÉS ATTEINTS D'HÉMORRHAGIES ARTÉRIELLES ET VEINEUSES (1), par ALFRED HOUZÉ DE L'AULNOIT, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lille.

L'idée de recourir aux pansements à la période ischémique, à l'aide de l'élévation verticale du membre et de la pression du bandage, à la suite des amputations et des hémorrhagies artérielles et veineuses, est d'origine française et remonte déjà à près de cinq années : c'est donc à tort que des chirurgiens, même Français, n'ont pas hésité l'année dernière à en faire l'honneur à l'Allemagne.

C'est en 1876, à la Société de Chirurgie, que j'attirai l'attention de mes collègues sur la possibilité de recourir à cette sorte de pansements, non moins pour les petites amputations que pour les grandes pratiquées sur les enfants et même sur les adultes (2).

Après avoir prouvé devant cette illustre compagnie, par de nombreux faits, la puissance hémostatique de l'élévation verticale des membres, j'ai été amené à déclarer qu'on ne doit pas redouter les hémorrhagies que pourrait présenter la division d'assez grosses artères, et qu'il est permis, tout au moins pour celles de l'avant-bras et de la jambe, de compter sur leur oblitération naturelle sans être obligé ni de les tor- dre ni de les forcipresser et encore moins de les ligaturer.

De là à l'application immédiate du pansement à la période ischémique, il n'y avait qu'un pas, et je n'hésitai pas, dans la même séance du 13 décembre 1876, à le franchir, confiant

(1) Mémoire communiqué au Congrès pour l'Avancement des Sciences, à Alger, avril 1881.

(2) L'auteur. — *De l'hémostase naturelle et définitive à la période anémique à l'aide de l'élévation verticale du membre et de la pression du bandage, chez les petits et grands amputés.* — BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, (13 décembre 1876, Paris).

dans l'application facile et certaine de ma bande réglementée, dans le cas où, par suite d'un écoulement de sang, je me fusse trouvé dans la nécessité de recourir de nouveau à l'ischémie.

Cette petite complication, en admettant qu'elle pût avoir lieu, ne me paraissait pas de nature à être mise en parallèle avec les immenses avantages que pourrait présenter ce nouveau mode de pansement, tant pour le blessé que pour le chirurgien,

Pour le blessé : point de contact de corps étrangers sur la plaie, tel que éponge ; point de contusion des vaisseaux et des muscles par l'action constrictive des pinces ; point de fils à ligatures contrariant le travail de la circulation ; point de douleurs par le pincement des filets nerveux qui accompagnent les troncs artériels et qu'on comprime sans le vouloir au moment où on jette un lien constricteur sur la circonférence du vaisseau ; enfin aucune perte de sang, ni au moment ni après l'opération.

Pour le chirurgien, rapidité plus grande dans le procédé opératoire, nulle préoccupation de rechercher les artères de moyen calibre, recherches souvent si longues et si pénibles quand on opère le soir à la lumière artificielle ou sur un champ de bataille.

De plus, en dehors des amputations, possibilité pour un infirmier ou une personne étrangère à l'art de guérir, de pouvoir arrêter, sitôt leur production, de sérieuses hémorragies de la main, de l'avant-bras, du pied ou de la jambe.

Cette élévation était encore de nature à trouver son application dans le traitement des anévrysmes, seule ou avec le concours de la bande réglementée ou de la compression digitale et dans celui de l'ostéo-périostite aiguë ou chronique.

Tant d'avantages ne frappèrent que très médiocrement mes collègues de Paris et de la province.

On n'ajouta pas grande croyance à mes affirmations, et, tant en France qu'à l'étranger, je continuai seul à tirer profit, à la suite de mes opérations, de ce mode d'hémostase dont il

eût été facile, pour tout chirurgien non prévenu, de constater les heureux effets.

Ce silence absolu m'engagea à tenter un nouvel effort de vulgarisation, et après m'être adressé, en 1876, à la Société de chirurgie, je pensai que nulle tribune ne pouvait mieux porter au loin mes résultats, chaque jour plus nombreux et plus complets, que celle de l'Association pour l'avancement des sciences.

En 1877, le 25 août, je profitai de ma communication au Havre (1) sur des nouvelles études cliniques sur les grandes amputations sus et sous-périostées chez les adultes, pour rappeler tout le parti qu'on pourrait retirer de l'élévation verticale du membre comme puissant moyen d'hémostase naturelle et définitive, et je me crus autorisé d'encourager de nouveau mes confrères à faire, à la période ischémique, tous les pansements consécutifs aux amputations des doigts, du pied, de l'avant-bras et de la jambe, et d'essayer ce moyen dans les cas d'hémorragies artérielles ou veineuses.

En effet, on peut lire dans le volume du Congrès du Havre 1877, le passage suivant, qui ne laissera pas le moindre doute sur la confiance que m'inspirait, dès cette époque, ce mode d'hémostase. Sa revendication par Lister un an plus tard, et par Esmarch, en 1880, me fait un devoir de le rappeler devant vous (2):

“ Ma communication de ce jour a un autre intérêt que de prouver que les amputations sus et sous-périostées des adultes, pratiquées avec le concours de l'immobilisation articulaire et d'une très faible pression ischémique avec une bande réglementée, offrent des avantages sérieux au point de vue des accidents consécutifs et du bon fonctionnement des

(1) L'auteur. — *Nouvelles études sur les amputations sus et sous-périostées et sur l'hémostase naturelle et définitive, à l'aide de l'élévation verticale du membre et de la pression du bandage.* — Congrès pour l'avancement des sciences, 25 août 1877, volume Havre, page 815.

(2) *Loc. cit.*, page 819.

amputés. Elle est à même de confirmer la valeur de l'élévation des membres pour arrêter de graves hémorrhagies. Au mois de décembre 1876, j'avancai ce fait à la Société de chirurgie, ne l'appuyant que sur trois amputations de doigts pratiquées sur une malade âgée de vingt-cinq ans, et sur une amputation de jambe au tiers supérieur sur un enfant de quatre ans. Je promettais d'expérimenter sur une amputation d'adulte. C'est ce que je fis sur l'amputée de l'avant-bras, âgée de quarante trois ans, et dont le moignon est présenté au congrès. Sur cette opérée, les artères ne furent ni liées, ni tordues, ni forci-pressées. Sitôt l'amputation terminée, le lambeau fut rabattu au-devant des os ; le pansement avec sutures, bandelettes, ouate, bandes, était complètement terminé quand j'enlevai le lien constricteur appliqué sur le bras. Le membre, à ce moment, se trouvait complètement élevé ; l'impulsion sanguine colora la peau d'abord d'une teinte scarlatineuse, pendant trente secondes, puis d'une teinte rubéolique pendant deux minutes, pour reprendre ensuite sa coloration naturelle. Pas une goutte de sang ne vint ensenglanter les pièces du pansement. L'aide, placé près de la malade pendant vingt-quatre heures, ne fut aucunement obligé d'intervenir."

" La solution du problème de l'hémostase naturelle et définitive venait donc d'être résolue sur un adulte et pour une grande amputation à la période anémique, avec l'aide seulement de l'élévation verticale du membre et de la pression du bandage. "

" Ce puissant moyen hémostatique, qui, je pense, n'a jamais été mentionné, pourra rendre de signalés services, non moins pour les hémorrhagies des champs de bataille, entre les mains des infirmiers, en l'absence d'un chirurgien, que pour les hémorrhagies qui accompagnent ou suivent les grandes et les petites opérations. "

Ce deuxième mémoire, pas plus que le premier, n'eut l'avantage de me valoir en France un seul coopérateur.

C'est qu'il ne m'avait pas encore été possible de fournir assez de preuves pour lutter contre les préceptes traditionnels

et faire dévier le courant imprimé à la science par les savantes discussions soulevées en 1875 au sein de la Société de chirurgie.

Il suffit de dépouiller les bulletins de ses séances pendant cette année 1875, pour connaître le traitement adopté à cette époque, à la suite des hémorrhagies artérielles, et quelle profonde modification l'élévation verticale lui a imprimée. On continuait de suivre les règles édictées par M. Le Dentu (1), le 3 février 1875, dans son rapport sur trois cas de plaies artérielles communiquées par M. Gaillard de Parthenay et dont la guérison avait été obtenue par la ligature. Un tel résultat était considéré à cette époque comme un beau succès, car à la suite de sa première observation, malgré de nombreuses hémorrhagies consécutives, l'auteur déclare " que si dans certains cas les hémorrhagies de la paume ne peuvent être arrêtées que très difficilement et nécessitent la ligature des deux artères de l'avant-bras, de l'humérale et même de l'axillaire, il en est aussi qui sont arrêtées par la ligature *d'une seule artère de l'avant-bras*.

Loin de partager l'enthousiasme de M. Gaillard, M. Le Dentu ajoute ; " conclusion un peu inattendue, il faut le reconnaître, puisque le soir même du jour où la ligature de la radiale avait été faite, l'hémorrhagie se reproduisit. J'avouerai qu'une guérison obtenue par une méthode thérapeutique aux prix de dix hémorrhagies secondaires ne porte pas en elle des éléments suffisants de persuasion. "

Toutefois, M. Le Dentu avoue que : " sauf de bien rares exceptions, il faut poser en principe la nécessité de rechercher les bouts de l'artère divisée et ne se rabattre sur les autres moyens qu'en cas d'insuccès. "

A coup sûr, si on avait connu en 1875 l'heureuse influence hémostatique de l'élévation verticale, MM. Le Dentu et Despretz, dont la pratique a été rapportée dans la thèse de M.

(1) BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Février 1875, Paris.

Belhomme en 1875 (1), lui eussent donné tout d'abord la préférence sauf, en cas de revers, à recourir à la ligature.

Sans nul doute cette connaissance eut peut-être également modifié les opinions émises par la majorité de la Société de chirurgie, dans sa séance du 21 juillet 1875, à la suite du rapport de M. Lannelongue, sur deux observations de plaies des artères humérale et tibiale antérieure recueillies par M. le docteur Cras, professeur à l'école de médecine navale de Brest (2).

Nos honorables collègues, impressionnés par le souvenir de nombreuses apparitions d'hémorragies secondaires, plusieurs jours après la production d'une plaie artérielle, et n'ayant pas encore eu leur attention attirée sur les précieux effets hémostatiques de l'élévation verticale des membres, combattirent énergiquement l'expectation ; et d'un accord presque unanime, déclarèrent qu'on ne devait jamais hésiter, que la plaie donnât ou ne donnât pas de sang, à faire la ligature des deux bouts divisés. MM. Lannelongue et Polaillon furent également d'avis qu'on devait recourir à cette opération, mais seulement en cas d'hémorrhagie ; si le sang était arrêté, mieux valait s'abstenir, et maintenir le malade en observation.

A la fin de cette discussion, M. Larrey se rangea en partie du côté de ces deux derniers chirurgiens et leur fit la concession suivante :

“ Pour moi, dit-il, je suis, depuis longtemps, partisan de la ligature primitive des deux bouts dans la plaie quand les deux bouts artériels donnent du sang, ou en ont donné récemment, tout en reconnaissant qu'il est possible d'essayer l'hémostase par d'autres moyens, lorsque les artères divisées

(1) Belhomme. — *Essai sur le traitement des hémorragies artérielles de la main et de la partie inférieure de l'avant-bras* — Thèse inaug., 3 juin 1875, Paris.

(2) BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Séance du 21 juillet 1875 Paris.

sont peu importantes, et n'exposent pas à des hémorrhagies considérables. ”

M. Perrin, tout en ne niant pas la possibilité d'hémorrhagies après la ligature, terminait son discours en disant :

“ Pour me résumer d'un mot, je concède que la ligature des deux bouts dans la plaie ne soit pas infailible, mais je soutiens qu'elle vaut mieux qu'autre chose. ”

Quant à M. Giraldés, il fut plus absolu que M. Perrin, et déclara hautement “ qu'il approuvait sans réserve la conduite de M. Cras qui avait lié le bout inférieur de l'artère tibiale quoique l'hémorrhagie fut arrêtée. ”

En rappelant cette importante discussion, mon seul but, tout en rendant hommage au savoir de mes honorables collègues de la Société de chirurgie, est de bien préciser quel était l'état de la science au 21 juillet 1875. Pour arrêter les hémorrhagies artérielles, de l'aveu de nos plus grands chirurgiens, on ne songeait qu'à la ligature et à la compression, et ce dernier moyen offrait si peu de sécurité qu'on n'hésitait pas à adopter le premier.

Cette double citation, qu'il me serait facile de corroborer d'une très intéressante observation de plaie des arcades palmaires, publiée en 1875 par M. le professeur Gross, de Nancy (1), me permet donc d'affirmer, qu'avant 1876, aucun chirurgien ne songeait à utiliser l'élévation verticale pour combattre les hémorrhagies des arcades palmaires et que la ligature était encore le principal moyen de traitement, comme à l'époque d'Ambroise Paré, de Desault, de Boyer, de Dupuytren et de Velpeau.

Le concours que ne pouvaient m'accorder mes compatriotes, encore sous l'influence des préceptes de la Société de chirurgie, devait m'être fourni, après dix-huit mois d'efforts, par un étranger, sous les yeux duquel le volume du congrès du Havre avait probablement paru.

(1) Gros. — *Observation de clinique chirurgicale.* — 1875. J.-B. Baillière, Paris.

M. Lister, en juin 1878, en fit l'objet d'une communication à l'Académie de médecine de Paris, et tout en insistant sur les effets physiologiques de l'élévation verticale du membre, rapporta que c'était un puissant moyen d'hémostase, et, pour mieux convaincre ses confrères, il rappela que, dans un cas de désarticulation du poignet, où il n'avait pu trouver l'artère cubitale qui continuait à donner du sang, il l'avait rendue exsangue en recourant à l'élévation verticale de l'avant-bras et du bras.

M. Gosselin, frappé de cette déclaration, voulut en faire l'essai pour arrêter des hémorrhagies de la paume de la main et eut la satisfaction, en novembre et décembre 1878, de les voir disparaître sur trois sujets, grâce à ce simple mode d'hémostase. Il conseilla à un de ses élèves, M. Zigliarà, d'en faire le sujet de sa thèse inaugurale (1). Les premières recherches de ce jeune confrère le mirent en présence de deux mémoires que j'avais présentés en 1876 à la Société de chirurgie et en 1877 au congrès du Havre, et m'honorant alors d'une démarche qui était le premier témoignage d'une reconnaissance de ma propriété et dont je ne puis encore aujourd'hui oublier l'agréable impression, M. Zigliara me pria de lui communiquer mes observations ainsi que celles de mes élèves.

M. Despretz eut également recours, en 1879, avec succès à l'élévation dans deux cas d'hémorrhagie de la main (2).

Malgré cette nouvelle publicité, nul en France ne songea à faire, ou ne l'osa, des pansements à la période ischémique pour des amputations autres que celles des doigts.

C'est encore l'étranger qui devait se charger de justifier les avantages de l'élévation verticale des membres et vulgariser les pansements à la période ischémique chez les grands amputés.

En 1880, le 7 du mois d'avril, M. Esmarch, au congrès de

(1) Zigliara.—*Recherches sur l'hémostase par l'élévation des membres, combinée avec la compression.* Thèse inaug., 1879. Paris.

(2) Despretz.—*Bulletin de la Revue de thérapeutique*, 30 janvier 1880, Paris.

Berlin (1), publia son mémoire sur les opérations sans perte de sang, à l'aide de l'élévation verticale, dans lequel pas un nom n'est cité, pas une date n'est rappelée. Sa conversion ne devait remonter qu'à quelques mois, car dans son *Traité de chirurgie de guerre*, publié en 1879, il n'est nullement fait mention de ces sortes de pansements, et page 188, on constate, d'après les lignes suivantes, qu'il agissait encore suivant les anciennes traditions :

Position du moignon (2).

L'amputé porté dans son lit, le moignon est placé horizontalement, à plat et non point relevé ; s'il survient des soubresauts, des spasmes musculaires redressant le moignon (ce qui se voit surtout après les amputations de cuisse), on le maintient abaissé au moyen d'un drap plié agissant par son simple poids.

Un cerceau en fil de fer protège le moignon, qui doit, du reste, demeurer à découvert, afin que tout écoulement de sang puisse être aperçu à temps par le gardien.

Alors que j'avais poussé l'étude jusqu'à prouver qu'on pouvait faire des amputations d'avant-bras et de jambe sans aucune ligature, le professeur de Kiel propose, en 1880, ainsi que je l'avais pratiqué un grand nombre de fois en 1877 et 1878, avant de commencer le pansement, de faire la ligature des troncs artériels visibles à l'œil nu, de recourir à l'élévation verticale, puis, seulement après, de lever le lien constricteur. Quant au reste de son pansement, nous retrouvons là le drain préconisé en 1859 et 1860 par MM. Jules Roux et Arlaud, en 1836 et 1868, par Broca, et déjà employé au commencement de ce siècle sous forme de mèche, par Larrey, et la suture superficielle, recommandée par M. Azam et l'école de Bordeaux ; et pour mieux immobiliser les parties profondes, au lieu de recourir, comme je l'avais recommandé en 1871, 1872 et 1873, à la Société des sciences de Lille, à l'Aca-

(1) Esmarch.—*Des opérations sans perte de sang*.—GAZETTE MÉDICALE, 23 août 1880, Paris.

(2) Esmarch.—*Chirurgie de guerre*, p. 188,—1879, Paris.

démie de médecine et à la Société de chirurgie, à l'immobilisation articulaire, il a recours à la suture profonde dont la première mention appartient également à l'école de Bordeaux, et la vulgarisation à M. Pozzi, et que repoussent MM. Trélat et Guyon (1), qui lui préfèrent simplement la compression.

A la voix du professeur Esmarch, toute l'Allemagne s'émut de ce mode de pansement et, actuellement, nous avons la satisfaction de le voir adopté d'une manière générale.

Voilà les diverses phases que les pansements à la période ischémique, avec l'aide de l'élévation verticale, ont parcouru depuis 1876.

M. Pruvost, un des élèves les plus distingués de la Faculté de Lille, vient d'en faire l'objet de sa thèse inaugurale. Pour hâter l'adoption de cette méthode en Algérie, je n'ai pas hésité à venir encore lui prêter mon faible appui, convaincu, comme en 1877 au Havre, que, grâce à l'Association, notre chère colonie ne tarderait pas à en tirer profit en faveur de ses blessés. J'ai pensé que c'était une des meilleures manières de reconnaître la gracieuse hospitalité qu'elle daigne nous accorder aujourd'hui.

Pour ne pas dépasser les bornes de votre bienveillante attention, je me contenterai de rappeler les titres des observations dans lesquelles j'ai eu recours à ce mode de pansement.

Dans un travail actuellement sous presse se trouveront rapportées, in extenso, ces mêmes observations recueillies par MM. les docteurs Richard, Zigliara, Despretz, Crasquin, Pruvost et par mes élèves Martin, Fibiech et par moi, ainsi que de nombreuses observations de guérison d'ostéite épiphysaire par l'anémie osseuse résultant de l'élévation verticale du membre aidée de l'immobilisation prolongée avec l'appareil silicaté.

(1) *Bulletin de la Société de Chirurgie.*—Séance du 28 mars 1877.

(2) Pruvost.—*Traitement des hémorragies artérielles et veineuses des membres au moyen de l'élévation verticale aidée de la suspension et de la compression du bandage.*—Thèse inaugurale, 6 avril 1881, Lille.

Avant de terminer cette étude, je crois utile de rappeler que j'ai été témoin de trois causes qui peuvent, malgré l'élévation des membres, entretenir l'hémorrhagie et contre lesquelles le chirurgien peut facilement intervenir. Ce sont :

1^o Une trop forte compression du bandage au-dessus du foyer hémorrhagique ;

2^o Un épanchement de sang sous la peau ou sous l'aponévrose par le fait de la pression du pansement et comprimant les veines au-dessus de la plaie ;

3^o L'étranglement des parties molles, par suite de l'inflammation des tissus situés entre les vaisseaux divisés et la partie supérieure du membre ;

Il m'a toujours été facile de combattre ces trois causes qui provoquent et entretiennent les hémorrhagies.

Contre la première, il m'a suffi de desserrer le bandage et contre les deux autres de débrider afin de faire écouler le sang infiltré, ou de lever l'étranglement entretenu par l'inflammation ou par une suppuration profonde.

Il est bon d'être prévenu de ces trois causes d'arrêt de la circulation veineuse qui peuvent compromettre les excellents résultats qu'on est en droit d'espérer de l'élévation verticale du membre.

Nous avons résumé dans un tableau les observations dans lesquelles on a recouru, toujours avec succès, à la période ischémique chez des opérés, au pansement immédiat sans ligature ou avec ligature des gros troncs artériels et au pansement simple chez des blessés atteints d'hémorrhagie artérielle et veineuse des membres supérieurs et inférieurs à l'aide de l'élévation verticale et de la pression du bandage.

Ce tableau comprend la relation de vingt cas dans lesquels on a eu recours, soit au pansement à la période ischémique, soit à l'élévation verticale du membre dans des cas de section complète ou incomplète d'artères de moyen calibre.

Ces vingt cas comprennent :

Trois grandes amputations, dont une de l'avant-bras au tiers moyen ; une désarticulation du poignet chez deux adul-

tes, et une d'amputation de la jambe au tiers supérieur chez un enfant.

Sept amputations de doigts.

Six cas d'hémorrhagies de la main ou de l'avant-bras. Deux résections très étendues du tibia.

Tous ces cas ont été suivis de guérison.

RÉSUMÉ.—Le pansement à la période ischémique, à la suite des grandes et petites amputations à l'aide de l'élévation verticale du membre, est une méthode française, dont l'origine ne remonte qu'à 1876.

Ses éléments de succès consistent :

1° A l'aider de la suspension, de l'immobilisation et de la pression du bandage ;

2° A éviter les pressions inconscientes du tube d'Esmarch, et à ne produire l'ischémie qu'avec la bande réglementée, afin de ne pas dépasser le but utile, et de se mettre ainsi à l'abri des paralysies nerveuses, cause à peu près unique des hémorrhagies capillaires ;

3° A combattre la septicémie par un agent antiputride. Cet agent, pour nous, depuis près de huit ans, est l'eau salée, que nous employons non moins pour les pansements que pour les lavages et les bains de toutes plaies qui suppurent ;

4° A éviter tout arrêt de la circulation veineuse par la trop forte pression du bandage, par le gonflement inflammatoire, ou par l'infiltration sanguine sous-cutanée des tissus situés au-dessus de la plaie ;

5° A lier les gros troncs artériels visibles à la période ischémique, sans se préoccuper des artères de petit ou moyen calibre.—(*Gazette Médicale de Paris.*) No. 28—9 Juillet 1881.

Académie de médecine : NOUVELLES EXPÉRIENCES DE
M. PASTEUR SUR LES INOCULATIONS PRÉVENTIVES.

M. Pasteur a fait mardi dernier, à l'Académie de médecine, une communication qui fera époque dans les annales de la science. Nos lecteurs ont encore présentes à la mémoire ses communications antérieures sur les inoculations préventives. Depuis de longs mois, l'illustre savant poursuit sans relâche la solution d'un problème qui intéresse au plus haut point la science et l'humanité, car il ne s'agit de rien moins que de nous fournir des armes toutes puissantes pour nous prémunir contre les atteintes des maladies zymotiques. Cette solution, M. Pasteur croyait l'avoir trouvée dans l'emploi des inoculations préventives pratiquées avec un liquide vaccinal, obtenu en atténuant par des cultures méthodiques la virulence des germes infectieux. Les applications qu'il avait faites de cette formule générale à des cas particuliers, au choléra des poules et à la maladie charbonneuse, témoignaient en faveur de la méthode. Mais jusqu'ici M. Pasteur avait été réduit à expérimenter sur une échelle trop restreinte pour que les faits produits par lui présentassent le caractère d'une démonstration rigoureuse, capable de lever tous les doutes. Une occasion exceptionnelle s'est offerte à lui tout récemment de donner des preuves éclatantes de l'efficacité des inoculations préventives contre la contagion charbonneuse, et voici dans quelles circonstances,

Il y a environ deux mois, la Société d'agriculture de Malun mettait à la disposition de M. Pasteur soixante moutons destinés à des expériences dont le programme fut rigoureusement arrêté d'avance :

Dix de ces moutons devaient servir de sujets de contrôle et ne subir aucun traitement.

Vingt-cinq autres devaient subir, à douze ou quinze jours d'intervalle, deux inoculations préventives pratiquées avec deux virus charbonneux inégalement atténués.

Au bout d'une nouvelle période de quinze jours, ces vingt-

cinq moutons ainsi vaccinés et les vingt-cinq autres restants devaient être inoculés avec un liquide charbonneux très virulent.

M. Pasteur prédisait que les vingt-cinq moutons non vaccinés périraient tous, tandis que les vingt-cinq moutons vaccinés, quoique vivant avec les premiers dans une promiscuité complète, résisteraient à la dernière inoculation.

Il fut convenu, en outre, que les moutons qui mourraient charbonneux seraient enfouis un à un dans des fosses distinctes, voisines les unes des autres, situées dans un enclos palissadé ; qu'on ferait parquer dans cet enclos vingt-cinq moutons neufs, n'ayant jamais servi à aucune expérience. Et M. Pasteur de déclarer d'avance que ces moutons se contagionneraient spontanément par les germes charbonneux que les vers de terre ramènent à la surface du sol, tandis que d'autres moutons, parqués dans le voisinage de ce même enclos, resteraient indemnes de la contagion charbonneuse.

L'événement justifia de tous points ces prédictions. Il en fut encore de même pour dix animaux de l'espèce bovine (huit vaches, un bœuf et un taureau), dont six préalablement vaccinés comme il a été indiqué plus haut supportèrent impunément l'inoculation d'un liquide charbonneux très virulent, tandis que les quatre autres présentaient, autour du point d'inoculation, des œdèmes très volumineux contenant plusieurs litres de liquide, en même temps que leur température interne subissait une ascension de 3 degrés.

L'Académie a fait à cette communication l'accueil enthousiaste qu'elle méritait. Aux contradicteurs acharnés de M. Pasteur, il n'y a plus qu'une réponse à faire : Voilà des moutons que, après deux inoculations préventives, M. Pasteur déclare réfractaires, pour un temps assez long, à la contagion charbonneuse. Voulez-vous nous convaincre de l'inexactitude de cette assertion et nous démontrer que l'immunité ainsi conférée s'éteint déjà au bout d'une quinzaine de jours, comme le soutient M. Colin ? Eh bien, prenez ces mêmes moutons et mettez-nous dans le cas de les voir succomber

quand même aux symptômes du charbon, avec les lésions propres à cette zoonose spécifique. Mais si vous êtes incapables de cette preuve, résignez-vous à la pensée de voir bientôt la science dotée d'un moyen de prévenir l'éclosion de maladies d'autant plus redoutables qu'une fois déclarées, elles défient les ressources thérapeutiques.

Nous croyons, pour notre part, que la question des inoculations préventives est entrée dans une phase nouvelle, la phase des applications pratiques. La médecine vétérinaire est appelée, dès aujourd'hui, à bénéficier de la découverte de M. Pasteur, entourée des garanties que lui assurent les expériences que nous venons de faire connaître. Nous espérons, et il n'est personne qui ne le souhaite, que dans l'immunité conférée aux moutons par l'inoculation d'un virus charbonneux atténué il y a plus qu'un fait accidentel, et que nous tenons là la formule mathématique qui nous permettra d'étendre peu à peu à toutes les maladies infectueuses réputées zymotiques les bienfaits de la vaccine jénérienne. (—*Gazette Médicale de Paris*,) No. 25—18 Jnin 1881.

E. RICKLIN.

Académie de médecine : LES INOCULATIONS PRÉVENTIVES. — HISTORIQUE DE LA MÉTHODE DE M. PASTEUR.

La communication que M. Pasteur avait faite, dans l'avant dernière séance de l'Académie de Médecine, sur ses récentes expériences destinées à fournir la démonstration publique de l'efficacité des inoculations préventives contre la contagion charbonneuse, a soulevé mardi dernier des incidents multiples qu'il serait trop long de rapporter ici en détails. Le principal intérêt de cette séance est dans les renseignements que M. Bouley a cru devoir donner sur la méthode suivie par M. Pasteur pour faire d'un liquide virulent, comme le sang charbonneux, un liquide vaccinal, préservateur de la contagion. L'histoire de cette importante découverte mérite d'être rappelée en deux mots.

M. Pasteur, on se le rappelle, avait été amené à constater accidentellement qu'en exposant au contact prolongé de l'oxygène de l'air un liquide de culture qui tient en suspension le microbe du choléra des poules, on voit sa virulence s'atténuer de jour en jour : au bout d'un certain temps, on peut impunément injecter sous la peau d'un animal ce liquide doué, au début, d'une virulence mortelle. M. Pasteur s'est demandé si pareille chose aurait lieu pour la bactérie charbonneuse, et il n'a pas été long à reconnaître que celle-ci brave le contact de l'air et qu'il faut, pour anéantir sa vitalité, la soumettre à l'action d'une température élevée. Au-dessus d'une certaine température, la bactérie charbonneuse met très peu de temps à périr ; sous l'influence d'une température moindre, on constate au contraire, que la virulence des germes diminue lentement. C'est ainsi qu'en soumettant des bactéries charbonneuses cultivées dans du bouillon de poulet à la double influence du contact de l'oxygène de l'air et d'une température de 42°, M. Pasteur a vu la virulence du liquide s'atténuer progressivement, pour ne s'éteindre qu'au bout de quelques semaines. Si, au début, ce liquide tue infailliblement tous les animaux d'une certaine espèce, des moutons par exemple, auxquels on l'avait inoculé, un peu plus tard il ne tuera plus ces animaux que dans une proportion qui ira en diminuant. Il arrivera ainsi un moment où le liquide aura perdu suffisamment de sa virulence, pour que, inoculé à des moutons, il n'engendre plus qu'une fièvre éphémère et des accidents sans gravité, tandis qu'il tue encore des animaux de moindre taille.

Voilà comment M. Pasteur a réussi à graduer à volonté la virulence du liquide charbonneux, à faire des inoculations vaccinales une pratique absolument inoffensive, puisque l'expérimentateur opère avec de véritables liquides titrés dont la puissance d'action est adaptée à chaque espèce animale et à sa résistance variable à l'infection charbonneuse.

Ces renseignements fournis par M. Bouley sur la découverte de M. Pasteur sont évidemment une réponse pérempt-

toire aux objections et revendications que M. Colin avait cru devoir formuler au commencement de la séance. M. Colin a rappelé que le 6 juillet 1880, il avait, le premier, entretenu l'Académie de l'immunité conférée aux animaux par l'inoculation du principe actif de certaines maladies virulentes, du charbon, entre autres. Oui certainement, mais il s'est contenté de nous dire qu'il emploie pour ces inoculations préventives un virus atténué. Atténué comment, et par qui ? aurait pu lui répondre M. Bouley. Si M. Colin se borne à choisir son virus sur des animaux atteints d'un charbon bénin, à le diluer dans une grande quantité de sérum, à en inoculer des parcelles infinitésimales, il ne fait, en somme, qu'imiter une pratique déjà ancienne, puisqu'il y a deux mille ans, les Chinois avaient recours à l'inoculation varioleuse prophylactique. Il a été le premier à reconnaître, d'ailleurs, que les inoculations préventives, avec des virus *spontanément* atténués, ont été pratiquées à différentes époques et dans différents pays, dans le but de circonscrire les ravages de certaines épizooties. Or M. Pasteur a précisément le mérite d'avoir découvert une méthode qui lui permet de régler à sa guise la virulence du liquide destiné aux inoculations vaccinales, de la doser, en quelque sorte, comme on dose une substance médicamenteuse, suivant la tolérance et l'état du malade et les effets à obtenir.

On doit regretter d'ailleurs que M. Pasteur n'ait pas jugé opportun de révéler ces détails en même temps qu'il entretenait l'Académie d'expériences qu'il considérait comme absolument concluantes. Il eut prévenu ainsi les objections adressées de divers côtés à sa dernière communication.

Quand M. Depaul et d'autres membres de l'Académie réclamaient un peu moins de précipitation à juger de l'infaillibilité d'une méthode par les résultats d'expériences qui ne remontent pas à plus de quatre semaines, ne traduisait-il pas le sentiment de tous ceux qui, instruits par une longue expérience des choses de la médecine, se défient des déboires engendrés par les enthousiasmes précoces ? Et M. Bouley de lui répondre ; mais M. Pasteur est trop jaloux de sa gloire

pour avancer des choses dont il n'est pas absolument sûr ; il possède dans son laboratoire des moutons vaccinés depuis plus d'un an, et qui jouissent encore de l'immunité contre le charbon. Pourquoi taire à l'Académie des renseignements qui étaient tout à fait de circonstance au moment de la dernière communication de M. Pasteur ?

M. J. Guérin, a cru devoir rappeler à M. Bouley que lui-même avait fait part, dans la séance du 6 juillet 1880, de la découverte, par M. Toussaint, d'un procédé pour conférer aux animaux l'immunité vaccinale contre le charbon. Aujourd'hui la découverte de M. Toussaint semble s'effacer devant celle de M. Pasteur. M. J. Guérin, avait-il tort de réclamer un peu de lumière, en faisant remarquer que si le procédé de M. Toussaint, bon il y a six mois, a cessé de l'être depuis que M. Pasteur a fait connaître le sien, pareilles vicissitudes étaient à craindre pour la découverte nouvelle. Et c'est alors que M. Bouley a appris à l'Académie que le procédé de M. Toussaint est encore ce qu'il était il y a six mois, un procédé aléatoire qui consiste à pratiquer les inoculations préventives avec du sang charbonneux préalablement défibriné et soumis pendant vingt minutes à l'action d'une température de 55°. L'inoculation du liquide ainsi obtenu confère aux animaux l'immunité contre le charbon, mais elle n'est pas toujours inoffensive et elle a donné, un certain nombre de fois, des résultats fâcheux. M. Bouley a signalé, en passant, d'autres procédés de vaccination, imaginés par des expérimentateurs de Lyon (1). Eh bien nous le répétons, toutes ces explications n'eussent pas été de trop dans l'avant-dernière séance de l'Académie pour édifier les esprits septiques sur l'efficacité durable des inoculations préventives telles que les pratique M. Pasteur.—(*Gazette Médicale de Paris*.—No. 26—25 Juin 1881.

(1) Voir plus loin le compte rendu de l'Académie des sciences.

De la médication phéniquée dans le traitement de la fièvre typhoïde.

Il y a quelques mois, M. Desplats, professeur à la Faculté libre de Lille, faisait à l'Académie de médecine (1) une communication sur le traitement de la fièvre typhoïde par la médication phéniquée. L'auteur de cette communication vantait les bons résultats qu'il avait retirés de l'action antipyrétique du phénol administré en potion et en lavement à des doses souvent considérables, car tel malade avait absorbé dans les vingt-quatre heures jusqu'à 6, 8 et 12 gr. d'une substance dont l'action toxique n'a peut-être pas assez attiré l'attention des médecins. Ce qui me frappa le plus dans les révélations de M. Desplats, ce fut de l'entendre dire que de pareilles doses d'acide phénique n'avaient jamais occasionné d'accidents sérieux chez les dothiésentériques traités par lui. Dans ce journal (2), j'ai relevé, il y a environ deux ans, un nombre assez respectable de cas d'intoxication phéniquée d'origine chirurgicale, publiés par des observateurs allemands, et je me rappelais parfaitement que l'une ou l'autre fois un empoisonnement grave avait succédé à l'incorporation de doses qui ne dépassaient pas sensiblement celles prescrites par M. Desplats à plusieurs de ses dothiésentériques.

Un de nos confrères de l'armée, M. Claudot, dans un mémoire adressé récemment à la Société de médecine de Lyon et traitant de l'action antipyrétique des lavements phéniqués, concluait également à l'efficacité de la phénothérapie antipyrétique dans la fièvre typhoïde. Cette fois encore je fus surpris en apprenant que des malades avaient absorbé sans inconvénient grave six grammes d'acide phénique par jour, et jusqu'à soixante-quinze grammes dans le cours de la maladie.

La lecture de la remarquable communication de M. Raymond sur les effets de la médication phéniquée dans le traitement des fièvres, que nos lecteurs trouveront plus loin, m'a

(1) Séance du 8 septembre 1880.

(2) Voir *Gazette Médicale*, 1879, numéros 27, 31 et 33.

confirmé dans ma surprise qu'elle justifie. M. Raymond, qui est à la fois un clinicien consommé et un physiologiste élevé à bonne école, a procédé avec méthode et prudence, et il a réussi à obtenir, avec des doses très faibles et parfaitement inoffensives (un lavement contenant vingt-cinq centigrammes d'acide phénique, matin et soir, et cinquante centigrammes d'acide phénique en pilules) des effets antipyrétiques aussi puissants que ceux annoncés par M. Desplats et M. Claudot. Et il ajoute qu'en augmentant les doses, en administrant cinquante centigrammes d'acide phénique par lavement, et en doublant le nombre des pilules, au total trois grammes d'acide phénique par jour, il s'est bien trouvé de l'emploi de ces doses chez un certain nombre de malades, tandis que chez d'autres il a vu se développer de l'hypothermie (35°), de la torpeur, des vomissements, des frissons généralisés, des convulsions, etc., *en un mot, tous les signes d'un véritable empoisonnement*. Que penser après cela de l'innocuité des doses mentionnées plus haut ? Un élève de M. Desplats, M. Van Oye, qui a consigné, dans sa thèse inaugurale, les faits recueillis dans le service de son maître et relatifs à l'action anti-pyrétique du phénol, va nous l'apprendre. Chez dix des malades traités par M. Desplats se déclarèrent des vomissements répétés, à une période de la fièvre typhoïde où ce genre d'accidents est chose insolite, c'est-à-dire entre le cinquième et le onzième jour ; quatre autres tombèrent dans le collapsus ; trois furent pris de polyurie pendant la convalescence ; chez un autre il se développa de l'albuminurie dans le cours du traitement ; un autre eut une véritable attaque d'éclampsie qui dura dix à douze minutes, or les accidents convulsifs ainsi que les complications rénales ont été notées par les auteurs allemands parmi les accidents de l'intoxication phéniquée. Enfin, d'après M. Van Oye, les congestions pulmonaires seraient surtout " le danger à craindre et à éviter."

Il est vrai, ajoute M. Desplats, que les malades guérissent malgré ces complications. Mais dans quelle proportion guérissent-ils ? Sur 36 dothiéntériques traités par la médica-

tion phéniquée, M. Desplats en a perdu 7, ce qui porte le chiffre de la mortalité à 17 0/0, résultat qui n'a rien de bien brillant. On ne nous contestera pas d'ailleurs que le traitement phéniqué tel que le formule M. Desplats, un des élèves les plus distingués de l'Ecole de Paris, peut, entre des mains moins expérimentées, engendrer les mécomptes les plus durs. Car, aux doses proconisées par M. Desplats, il ne sera pas facile au premier médecin venu de toujours fixer, comme le recommande M. Van Oye, la ligne de démarcation entre les effets toxiques du phénoi et ses effets thérapeutiques. A ce propos, je crois devoir rappeler à ceux qui seraient tentés d'expérimenter la valeur antipyrétique du phénol chez les enfants, que le jeune âge constitue une circonstance adjuvante au développement de l'intoxication phéniquée : c'est au point qu'un chirurgien comme von Langenbeck, frappé de la facilité avec laquelle se développent des accidents toxiques à la suite de l'application du ppansement de Lister chez les enfants, s'est décidé à ne plus employer, chez ces derniers, que des ppansements au thymol et à l'acide salicylique. Et même chez l'adulte, Kuster, entre autres, a démontré que si, dans les circonstances physiologiques, il était nécessaire de faire absorber à un homme du poids de 69 kilogrammes vingt grammes d'acide phénique pour développer une intoxication grave, *trois grammes suffisaient lorsqu'on s'adresse à un sujet plongé dans le marasme ou épuisé par des hémorrhagies.*

Pour toutes ces raisons, on ne saurait trop applaudir à la conduite si prudente de M. Raymond qui fait voir les dangers de la médication phéniquée à côté de ses avantages, indique le remède aux accidents que peut faire naître le phénol même lorsqu'il est donné à doses modérées, ne demande à cette médication que ce qu'elle peut donner et s'exprime avec une réserve vraiment louable sur la portée de ses propres recherches. Si l'acide phénique est un antipyrétique puissant, son action est essentiellement éphémère, et on ne saurait en faire un spécifique de la dothiésentérie dont l'emploi de la médication phéniquée abrège la durée " non en

tant que fièvre, mais bien en tant que convalescence." Cette médication répond donc à une seule indication, à celle qui réside dans les dangers de l'hyperthermie. Et, à ce sujet, il y a un contraste frappant à établir entre les effets thérapeutiques du phénol, qui consistent dans une réfrigération des organes profonds (35°) avec accélération de la circulation périphérique attestée par la chaleur de la peau et les sueurs profuses, et l'état dans lequel l'hyperthermie jette beaucoup de dothiéntériques au moment où la température interne s'élève jusqu'à 42° et où le pouls est imperceptible et fuyant, tandis que les extrémités et la peau sont refroidies et la face cyanosée.

Reste à savoir jusqu'à quel point il peut être avantageux d'insister sur cette médication et de faire passer un dothiéntérique par des alternatives incessantes d'hypo et d'hyperthermie. Car s'il est facile d'obtenir avec l'acide phénique un abaissement de température de 3°, celle-ci se relève bien tôt pour dépasser souvent son niveau primitif. "Plusieurs fois, déclare M. Desplats, nous avons constaté en moins de deux heures des ascensions de 3 à 4 degrés. Ces ascensions brusques s'accompagnent d'un cortège de symptômes qui ressemblent, à s'y méprendre, au stade de frisson de la fièvre intermittente ; les extrémités sont froides et décolorées, le nez est pincé, les lèvres sont bleuâtres, la face grippée ; tout le corps est agité d'un tremblement qui s'accroît au moindre contact ou dès qu'on soulève les couvertures. Pendant que dure le frisson, qui se prolonge quelquefois une heure et une heure et demie, la température s'élève rapidement et atteint habituellement un degré supérieur à celui qu'elle avait avant le début du traitement." Voilà de quoi étouffer tout enthousiasme prématuré, et M. Raymond n'avait que trop raison de réclamer des milliers de faits bien observés avant d'asseoir son jugement sur la valeur de la médication phéniquée dans le traitement d'une maladie comme la fièvre typhoïde, si variable dans sa marche et sa gravité, d'un sujet à l'autre.

E. RICKLIN.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

DU TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE ET AUTRES AFFECTIONS INFECTIEUSES
PAR LA MÉDICATION PHÉNIQUÉE SIMPLE OU ASSOCIÉE AU PHÉNATE DE SOUDE,
par M. RAYMOND, agrégé à la Faculté de médecine. (Communication
faite à la Société de Biologie, séance du 9 juillet 1881.)

Les théories modernes sur la genèse des maladies infectieuses permettent de supposer qu'elles sont le résultat de l'action de microbes qui envahissent l'organisme en se localisant plus spécialement, suivant les affections, en certaines régions ; peut-être en est-il ainsi pour la fièvre typhoïde. En rapport avec cette idée, il se fait un grand mouvement thérapeutique aujourd'hui, en France et à l'étranger, en faveur de la médication dite *antiseptique*.

Parmi les agents qui ont été préconisés, un de ceux qui occupent le premier rang est à coup sûr l'acide phénique. Son mode d'emploi, son action physiologique et thérapeutique ont été beaucoup étudiés, mais on n'est pas d'accord sur le mode d'administration, ni sur les doses à prescrire, et certains auteurs n'ont pas craint de conseiller son emploi à doses massives : 8, 10, 12 grammes, même. Dans mon service, à l'hôpital Tenon, j'ai fait un grand nombre d'essais médicamenteux de cette substance ; je désire communiquer, aujourd'hui à la Société de biologie, le résultat de ces recherches.

J'ai employé l'acide phénique à l'intérieur, sous trois formes : ou bien en pilules ou en lavements, ou en solution pour injection, dans les grandes cavités, cavités pleurales ; à l'extérieur, pour lotion de malades atteints de fièvres typhoïdes, d'érysipèles, de pleurésies purulentes, de tuberculoses, avec température de 40° et plus.

I. — Dans une première série de malades, {malades atteints de fièvres typhoïdes graves, j'ai commencé par faire donner deux lavements, contenant chacun vingt-cinq centigrammes d'acide phénique, un le matin, un le soir. En même temps, je faisais prendre, dans la journée, à l'intérieur, cinq pilules de dix centigrammes d'acide phénique, une toutes les deux

heures. J'ajoutai à ces médicaments du bouillon comme aliment et de l'eau vineuse comme boisson.

Au bout de quelques jours, je fis employer des lavements contenant 50 centigrammes d'acide phénique, et je doublai également, pour quelques malades, le nombre de pilules.

Les résultats obtenus peuvent se résumer de la façon suivante : l'abaissement de température est déjà manifeste un quart d'heure après l'administration du lavement, mais il n'est, au bout de ce temps, que de quelques dixièmes de degrés, cinq ou six au plus. Une heure après le lavement, la température est de un degré plus basse ; deux heures après, elle s'abaisse encore de un degré ; trois heures après, on note encore un nouvel abaissement de quatre à cinq dixièmes de degrés. Donc, dans les trois heures qui suivent l'administration de chaque lavement phéniqué, on obtient facilement un abaissement de température de trois degrés. (Ces résultats ont été obtenus avec les lavements à la dose de vingt-cinq centigrammes par lavement et de cinquante centigrammes d'acide phénique à l'intérieur.)

Il faut ajouter que l'abaissement de température ne dure jamais plus de trois heures, et la température observée avant le lavement est rapidement atteinte de nouveau.

Un fait remarquable et qui a été constant dans toutes mes observations, c'est le suivant : les effets que je viens d'indiquer sont bien plus rapides lorsque l'acide phénique a été administré depuis plusieurs jours. Ainsi on obtient un abaissement de un degré, seulement un quart d'heure après l'administration du lavement, lorsqu'il y a trois jours que l'on emploie cette médication, tandis que le premier jour, cet abaissement de un degré n'est constaté qu'une heure après le premier lavement.

Après l'administration du lavement (habituellement au bout de un quart d'heure à une demi-heure) il se produit, très-habituellement, une fluxion très marquée du côté de la peau, et rapidement, en quelques minutes, une sudation générale, très abondante, sudation qui débute par la face. On

est obligé de changer les malades jusqu'à deux fois de chemises en un quart d'heure.

A propos de l'apparition de ces sueurs si abondantes, je me suis posé la question de savoir si l'abaissement de température était dû à celles-ci. On sait quelle place cette manière de voir tenait dans la théorie humorale. Pour me faire une opinion à cet égard, au moment où les sueurs commençaient à apparaître sous forme de gouttelettes à la surface du visage, je fis des injections sous-cutanées de un demi-milligramme d'atropine, ou de un quart de milligramme de duboisine ; j'arrêtai ainsi complètement la sudation et elle ne se produisit pas du tout les heures consécutives : or, l'abaissement de température fut exactement le même. J'ajoute que mes malades supportèrent très bien cette suppression des sueurs. J'ai fait des essais semblables différentes fois, soit dans des fièvres catarrhales, soit dans des fièvres intermittentes, soit dans le cours de rhumatismes articulaires aigus, je n'ai jamais observé d'inconvénients à procéder ainsi.

Comme il a été dit plus haut, j'ai donné à quelques malades des lavements phéniqués contenant cinquante centigrammes d'acide phénique et, en outre, un gramme d'acide phénique à l'intérieur, en pilules. Pour quelques-uns je me suis bien trouvé de ces doses, mais pour d'autres j'ai eu de l'hypothermie (35°), de la torpeur, des vomissements, des frissons généralisés, des convulsions, etc., en un mot tous les signes d'un véritable empoisonnement. L'acide phénique paraît, dans ces cas, agir comme la strychnine, probablement sur les cellules des cornes antérieures de la moelle ; elle excite les vaisseaux, puis les centres sudoripares, puis, et, en dernier lieu seulement, elle produit des convulsions. Chez ces malades l'urine devient noire, et elle se fonce de plus en plus à mesure qu'elle est exposée à l'action de l'air et de la lumière. Il est très facile de mettre l'acide phénique en évidence, soit à l'aide de l'acide nitrique, soit par le perchlorure de fer, en procédant comme pour la recherche du salicylate de soude. Mais le réactif le plus sensible est l'eau bromée, qui,

d'après M. Méhu, dévoile les moindres traces d'acide phénique. En effet, en versant quelques gouttes d'eau bromée dans un tube contenant de l'urine phéniquée (si légère que soit la quantité d'acide phénique), il se forme un précipité blanchâtre, analogue à celui d'une urine albumineuse traitée par l'acide nitrique ; ce dépôt blanc est, comme nous l'ont appris les chimistes, un tribromo phénol. — Ordinairement les phénomènes de collapsus ne durent que quelques heures, mais l'urine reste noirâtre pendant plusieurs jours, même en supprimant l'emploi de l'acide phénique. Le fait suivant le prouve :

“ Chez un jeune homme de 18 ans, ayant une pleurésie purulente, à la suite de l'opération de l'empyème, je fis laver la plèvre avec un demi-litre d'eau phéniquée au 20°. La température qui, le matin, avant l'opération, était de 38° 5, tomba le soir à 35° 5, et en même temps que les phénomènes du collapsus se produisirent, les urines devinrent noires. Ce que voyant, je fis laver la plèvre avec des injections d'eau chaude, contenant en dissolution de l'acide borique, et je cherchai à réchauffer le malade avec du café, de la potion de Todd, etc. J'ordonnai également la potion suivante :

Sulfate de soude.....	5 grammes
Eau distillée.....	125 “
Sirop de framboises.....	25 “

Comme on le sait, le sulfate de soude est regardé comme le contre poison de l'acide phénique. Sous l'influence de ce traitement, le lendemain matin la température était de 36° le soir de 37° 3. Depuis lors la température oscille entre 37° et 37° 4. Mais l'eau bromée, sept jours après la cessation de l'emploi de l'acide phénique en lavage, montre encore des traces de celui-ci dans les urines.

Ces accidents de collapsus me ramenèrent à mes premières formules, et vraiment je ne puis comprendre comment certains auteurs ont conseillé 8, 10 et 12 grammes d'acide phénique à l'intérieur, soit en lavement, soit en potion.

Je dois ajouter que chez un de mes malades, atteint d'une

fièvre typhoïde très grave, j'eus un jour une péritonite par perforation cœcale. Je crois qu'il n'y eut là qu'une simple coïncidence ; malgré cela je résolus d'abandonner l'emploi de l'acide phénique à l'intérieur, administré en pilules.

II. — Depuis lors je me contentai de faire donner des lavements phéniqués, deux par jour, un le matin, un le soir, chaque lavement contenait vingt-cinq centigrammes d'acide phénique. J'eus connaissance, à ce moment, des essais faits par mon collègue Hallopeau, avec le salicylate de soude, le sulfate de quinine, etc. Je résolus, à l'exemple de M. Vulpian, de me servir, pour remplacer l'acide phénique à l'intérieur, du phénate de soude, à la dose de un gramme cinquante, dans une potion administrée en 24 heures. Je me contenterai de dire que, d'après mes observations, ce médicament, associé à l'acide phénique en lavement, me paraît très bien convenir. Il n'expose pas aux dangers du collapsus, lorsqu'on le manie avec attention. ni aux perforations, etc., et il donne exactement les mêmes résultats, relativement à l'abaissement de température, que l'acide phénique en pilules, à la dose de cinquante centigrammes.

III. — Quels ont été les résultats généraux de ces deux médications, médication phéniquée simple et médication phéniquée associée au phénate de soude dans le traitement de la fièvre typhoïde ? Ces résultats ont été bons, en ce sens que la maladie paraît avoir été abrégée sensiblement dans sa durée, non en tant que fièvre, mais bien en tant que convalescence, en ce sens que celle-ci m'a toujours paru beaucoup plus courte que dans les fièvres typhoïdes abandonnées à elles-mêmes, ou traitées par les moyens ordinaires. Ces résultats sont donc à inscrire à côté de ceux obtenus par MM, Jacoud, Vulpian, Hallopeau, Glénard, etc. Mais je me hâte d'ajouter qu'avec une maladie aussi singulière dans sa marche que la fièvre typhoïde, il faut des milliers de faits *bien observés*, très minutieusement suivis, pour juger de la valeur d'une médication. Il est bien certain que cette médication est rationnelle, si l'on suppose, ce qui pourrait bien être la vérité,

que la fièvre typhoïde, maladie infectieuse, est le résultat de l'action des microbes, encore indéterminés, qui paraissent siéger surtout dans l'intestin grêle et le cœcum.

IV. — La même médication a été appliquée au traitement d'*érysipèles graves*, et elle a donné les meilleurs résultats. Dans ces cas, non seulement je faisais donner des lavements phéniqués et administrer le phénate de soude à l'intérieur, mais encore, deux fois par jour, lavais la surface de la plaque érysipélateuse avec une solution phéniquée au cinquantième. Dans deux cas, en particulier, l'érysipèle, soigné à partir du deuxième jour du développement de la maladie, n'a duré que six jours.

Il faut, à propos de l'érysipèle, faire les mêmes réserves qu'à propos de la fièvre typhoïde. Les cas sont-ils tous comparables entre eux, je ne le crois pas, et il y a certainement des différences absolues entre les érysipèles, épiphénomènes de maladies générales, et ceux qui véritablement paraissent traduire une infection de l'économie. Je me borne, pour le moment, à rappeler ces faits, si bien étudiés par M. Marrotte.

V. — Ainsi qu'il a été dit plus haut, j'ai aussi employé la médication phéniquée dans des cas de tuberculose. J'avais un grand nombre de phthisiques dans mon service, et je choisis ceux dont la température était à peu près constante, à 40° environ. Je n'ai pas obtenu de résultats bien positifs, en ce sens que l'abaissement de température ne durait pas ; il a toujours été extrêmement fugace, à peine de quelques minutes. J'ai voulu voir si les inspirations d'acide phénique réussiraient mieux ; je n'ai pas été plus heureux, et cependant, dans des cas de coqueluche, j'avais obtenu, comme d'autres auteurs, en faisant inspirer des solutions phéniquées, de très bons résultats. Malgré ces expériences négatives, en ce qui concerne la tuberculose, je suis convaincu qu'il y a là un mode de traitement à chercher, surtout au début de la maladie et avant la fonte du parenchyme pulmonaire ; c'est aussi ce qu'a signalé M. le professeur Bouchard, qui s'est occupé de la question.

Tels sont les faits qui m'ont paru dignes d'être communiqués à la Société. — (*Gazette Médicale de Paris*, No. 30 — 23 Juillet 1881.)

BIBLIOGRAPHIES

PRÉCIS DE MANUEL OPÉRATOIRE. par L. H. FARABEUF. —
Ligatures. — Amputations. — Paris, G. Masson, 1881.

Je suis en retard avec l'analyse de ce *Précis de manuel opératoire*, comme l'intitule son auteur, et j'avoue franchement que j'ai reculé plusieurs fois au moment d'aborder cette tâche. Ce livre, en effet, ne s'analyse pas et ne peut s'analyser : le lecteur ne saura rien de plus qu'auparavant quand j'aurai signalé à son attention la succession, les titres et sous-titres des chapitres, quand je lui aurai dit qu'une première partie traite des *généralités*, qu'une seconde s'occupe des *amputations* en particulier et que ces deux parties comprennent de nombreuses subdivisions.

Je ne puis davantage suivre l'auteur dans tous les développements qu'il a donnés à sa pensée, dans toutes les considérations qui lui font préférer tel procédé à tel autre. Je ne pourrais pas non plus passer en revue avec lui les méthodes anciennes abandonnées, les méthodes de choix et les procédés d'élection, ni en retracer l'exécution ; ce ne serait là qu'une œuvre de seconde main, forcément écourtée et perdant toute saveur après une digestion artificielle.

J'abandonne à dessein toute cette partie analytique pure ; des extraits de l'ouvrage aussi étendus que possible ne pourraient donner aucune idée de la multiplicité des détails, de la richesse des faits, de la clarté des explications qui constituent l'histoire de chaque amputation. L'auteur a bien des fois répété et fait répéter les procédés qu'il préconise, et ce n'est qu'à bon escient qu'il recommande non seulement tel procédé mais telle attitude ou tel temps, destinés l'un ou l'autre à faciliter le manuel opératoire.

Tout cela ne s'analyse pas ; le seul point que je voudrais faire ressortir ici, c'est l'*esprit* qui a présidé à l'élaboration de ce traité ; c'est la différence qui sépare cette œuvre des autres traités de médecine opératoire.

Si l'on pouvait, par la pensée, approcher les *généralités* de la première partie des *détails techniques* de la seconde, si l'on pouvait superposer à telle ou telle amputation les principes généraux qui doivent présider à toute opération de ce genre, on aurait, à mon sens, atteint en un seul instant le but que se propose de nous faire toucher l'auteur, *la réalisation d'un résultat utile*, avec le minimum de dangers à faire courir à l'opéré. Le résultat utile, c'est la confection d'un bon moignon, le minimum de dangers, c'est l'économie du sang, c'est la diminution des surfaces suppurantes, c'est l'obtention, si possible, de la réunion immédiate.

Aussi, l'ouvrage débute-t-il par un ensemble de données que l'on chercherait vainement autre part ; M. Farabeuf, dans un langage pittoresque, s'efforce d'y montrer au tailleur de moignons :

1o le modèle, le *moignon cicatrisé, indolent et utile*, à imiter ; puis le *moignon conique, douloureux et impotent*, à éviter ;

2o La matière première et ses qualités, c'est-à-dire *les chairs et les os*, leurs habitudes physiologiques et pathologiques ;

2o *Les diverses méthodes de la coupe*, classées d'après les diverses formes de moignons, formes requises par le genre de travail que fera la partie mutilée.

Se plaçant toujours au point de vue de l'utilité du moignon et des fonctions qu'il doit remplir, Farabeuf admet que la caractéristique d'un moignon ne se trouve ni dans son indolence, ni dans sa régularité, ni dans sa charnure, mais qu'elle réside essentiellement *dans la situation de la cicatrice* relativement à l'extrémité des os, et, comme il dépend de l'opérateur de placer la cicatrice où il veut, par la connaissance des propriétés des chairs de la région et par leur section faite en conséquence, il propose de ranger les moignons en trois séries répondant à trois systèmes d'amputation qu'il appelle :

Système des amputations à cicatrice *terminale* :

Système des amputations à cicatrice *latérale* ;

Système des amputations à cicatrice *termino-latérale* ;

Ce qui revient à désigner par leurs résultats, après cicatrisation, la méthode circulaire, la méthode à lambeau unique, la méthode ovale et la méthode à deux lambeaux.

L'exposé de chacune de ces méthodes comprend, pour la section de la peau et des muscles, pour la taille des lambeaux un certain nombre de préceptes longuement détaillés et rendus frappants aux yeux par une grande quantité de figures excellentes, montrant les divers temps de l'opération.

Puis, les qualités et le choix des instruments nécessaires à une amputation, les divers procédés pour assurer l'hémostasie, pendant et après l'opération ; enfin la description d'une amputation avec les précautions préliminaires, le rôle des aides, les soins consécutifs, terminent ces *généralités*, que nous n'avons pas la prétention d'avoir analysées dans ces quelques lignes.

Bien des différences pourraient déjà être relevées dans cette première partie de l'ouvrage qui le distinguent nettement des autres traités du même genre, à savoir *le pourquoi* de telle ou telle méthode, l'exposé de ses avantages et de ses inconvénients, l'étude de ses résultats, moins au point de vue de la mortalité, dont les éléments statistiques d'appréciation sont trop difficiles à réunir, qu'au point de vue des fonctions consécutives, enfin la préoccupation constante de l'auteur à rattacher la confection des moignons à la physiologie pathologique de la plaie d'amputation

La deuxième partie qui traite des *amputations en particulier* ne saurait davantage se prêter à une tentative d'analyse.

M. Farabeuf, rompu à toutes les difficultés et à toutes les finesses du métier, y fait largement profiter le lecteur de son expérience. On peut au hasard prendre dans le livre n'importe quelle opération, et l'on est sûr de ne pas éprouver de déception en l'absence d'un détail omis ou d'un conseil négligé : tout y est prévu, la position de l'opérateur, de l'opéré, le

choix de l'instrument, le rôle de chaque main, etc. Disons en passant que M. Farabeuf, avec raison à notre sens, fait jouer un rôle considérable à la main gauche, qui devient ainsi un auxiliaire puissant de la droite et dont l'importance dans bien des cas lui est certainement égale.

Le plan suivi est le même pour toutes les opérations : les *indications*, les *usages du moignon*, le *choix des procédés*, la *taille des parties molles*, les *interlignes articulaires*, sont successivement passés en revue ; puis suit la description des procédés. Les développements les plus circonstanciés sont donnés aux procédés *de choix*, à ceux que l'on doit exécuter quand on n'a pas la main forcée, quand l'état des parties n'impose pas l'obligation de s'adresser à l'un des procédés de *nécessité*.

Pour quelques opérations importantes (désarticulation de la cuisse et de l'épaule), M. Farabeuf a réuni dans un *petit atlas historique* les divers procédés les plus intéressants, exécutés ou restés à l'état de projet. Les figures, très heureusement réussies, en disent plus que de longues descriptions et nous donnent ainsi en quelques pages le résumé des essais et tentatives opératoires dont ces régions ont été le siège.

Me voici ainsi amené à parler des innombrables figures de l'ouvrage ; je puis dire sans exagération qu'elles en constituent une des parties les plus originales. L'auteur, aussi habile à manier le crayon que le couteau, n'a pas craint de dessiner lui-même toutes ses planches, et il n'a guère regardé à sa peine. Les détails anatomiques délicats, les interlignes articulaires difficiles à ouvrir, les régions où l'artère principale est indispensable à la vitalité du lambeau, les ligaments qui donnent la clef de l'articulation, ont été dessinés d'après nature. Mais c'est surtout pour l'exécution de chaque procédé que les figures se multiplient et que chaque détail opératoire est fidèlement représenté. Il ne s'agit pas seulement, en effet, de montrer le résultat obtenu, mais de faire voir comment on l'obtient, de tracer la position de la main à tel moment, celle du couteau, la manière de tailler la peau et les muscles, d'attaquer les ligaments, en un mot de reproduire

les diverses scènes de l'acte opératoire. Aussi, pour un chirurgien déjà exercé, il suffira dans bien des cas de jeter les yeux sur ces figures pour se retracer en un instant tous les détails d'une opération. C'est par là, du reste, que je termine ce compte rendu : un livre aussi sagement conçu, aussi mûrement réfléchi, d'une exécution aussi irréprochable dans ses détails, ne saurait être considéré comme un simple traité de manuel opératoire ; c'est un livre de *chirurgie opératoire*, et à ce titre il s'adresse plus encore aux chirurgiens qu'aux élèves.

G. BOUILLEY.

—(*Gazette Médicale de Paris*, 2 juillet 1881.)

1. ABCÈS FROIDS ET TUBERCULOSE OSSEUSE, par M. le docteur LANNELONGUE, chirurgien de l'hôpital Trousseau. In-8° de 186 pages, avec figures dans le texte et 12 planches en chromo lithographie. Paris, Asselin et Cie. éditeurs.

Le remarquable mémoire de M. Tannelongue comporte un véritable progrès au triple point de vue de l'anatomie pathologique des abcès froids, des rapports intimes qui unissent la tuberculose et la scrofule, et surtout de la thérapeutique chirurgicale.

S'inspirant des travaux antérieurs de l'école de Saint-Louis, des études de Josias et de Brissaud sur les gommes scrofuleuses, et utilisant les riches matériaux de son service d'hôpital, l'auteur nous décrit d'une façon magistrale l'histoire des abcès froids dont il a complété l'étude naguère si imparfaite.

L'histoire de l'évolution clinique de l'abcès froid laissait en vérité peu à désirer. Déjà Boyer, dans son traité, avait parfaitement fait ressortir les diverses phases du processus, depuis la période d'induration, qui lui avait paru si importante, qu'il en avait introduit la notion dans sa définition.

Mais le grand chirurgien en était resté là. Quelle est cette induration, quelle est la pathogénie de l'abcès et son anatomo-

mie pathologique, ce sont les recherches contemporaines qui devaient répondre à ce desideratum.

Déjà l'école de Saint-Louis avait donné la clef de ces supurations dans les petites saillies nodulaires sous-cutanées, et la connaissance des gommes scrofuleuses, que nous devons aux travaux de Josias et Brissaud, constitua un très sérieux progrès.

Pour ces auteurs, la gomme scrofuleuse n'est qu'une masse tuberculeuse et l'abcès qui en découle est le produit de son ramollissement.

M. Lannelongue, reprenant la question en sous-œuvre et l'élargissant dans ses bases, applique ce processus pathogénique aux grands abcès froids du tissu cellulaire aux abcès circonvoisins de Gerdy qu'il dénomme concomitants et aux abcès osseux eux-mêmes.

Pour l'auteur, l'induration primitive de Boyer est une masse tuberculeuse qui se ramollit par le processus ordinaire et produit l'abcès froid.

La membrane pyogénique de Delpech, infiltrée de tubercules, produit incessamment du pus par le ramollissement des éléments qui la constituent, mais elle n'est pas, comme le pensait le chirurgien de Montpellier, l'unique cause de la suppuration, elle n'est que la membrane limitante de la caverne tuberculeuse où la suppuration s'est faite bien avant sa formation.

Voilà, dans son ensemble, l'œuvre de Lannelongue.

Il relie ensemble dans un même processus pathogénique les trois formes d'abcès froids précités, en fait des manifestations parallèles de la tuberculose, et il les sépare de la sorte d'une façon absolue des abcès chauds, qui semblaient jusqu'à présent ne s'en distinguer que par les phénomènes thermiques dont ils sont le siège.

Mais il ne faudrait pas croire que là se borne l'intérêt de ce travail et nous verrons, en étudiant chaque chapitre, les points intéressants que l'auteur met à chaque pas en re-

lief au sujet de l'anatomie pathologique de ces abcès qu'il voudrait voir appeler désormais : abcès tuberculeux.

On conçoit ce que cette notion pathogénique a d'intéressant au point de vue de la thérapeutique générale.

En effet, les révulsifs cutanés et l'expectation d'une part, la ponction, l'ouverture simple ou associée au drainage, ne peuvent plus désormais suffire à ces productions néoplasiques qui engendrent le pus ; il faut une intervention plus radicale, et M. Lannelongue propose l'extirpation, la décortication ou le râclage, nouvelle méthode déjà proposée par Malgaigne et Verneuil pour la tuberculose testiculaire, et que M. le professeur Trélat, qui s'en servait depuis plusieurs années déjà, vient de défendre avec tout le talent de sa parole au dernier congrès d'Alger.

Disons enfin que la connaissance de ces abcès tuberculeux étend davantage le champ des tuberculoses périphériques et locales dont l'étude avait été jusqu'ici limitée aux organes génitaux et à la langue.

Chaque jour le nombre des manifestations périphériques de la scrofule semble diminuer en rentrant dans le domaine des tuberculoses locales. Peut-être un jour l'assimilation sera-t-elle complète, mais nous ne pouvons que signaler le fait sans y insister davantage.

L'ouvrage de M. Lannelongue est divisé en trois parties principales, où il étudie successivement l'abcès froid proprement dit, les abcès concomitants et la tuberculose osseuse.

Dans la première partie (abcès froids proprement dits), l'auteur étudie d'une façon très complète l'anatomie pathologique de ces abcès.

Sans vouloir le suivre dans tous ses détails, nous mettrons en relief les points les plus importants.

Pour lui, l'abcès n'est qu'une tumeur secondaire ; la paroi, au contraire, est tout : c'est une membrane active, siège de la néoplasie tuberculeuse. Aussi l'étudie-t-il dans ses moindres détails.

La surface externe nous occupera seulement, en raison de

l'importance des données nouvelles qui s'y rattachent ; loin de présenter un simple rapport de contiguïté avec les organes voisins, la paroi leur est reliée, au contraire, dès le début, par un nombre infini de liens vasculaires beaucoup plus visibles qu'à l'état normal. A un degré plus avancé, cette surface présente " de petits prolongements coniques ou conoïdes " véritables bourgeons comparables aux végétations molles " des plaies ; ces végétations extérieures suivent d'habitude " les vaisseaux et pénètrent dans les organes circonvoisins." Ces prolongements semblent " comme les premières travées directrices de l'envahissement des parties éloignées."

Ce mécanisme, très accentué dans les abcès par congestion, indique donc qu'il n'y a rien de passif dans la migration de ces abcès ; c'est, dit l'auteur, " un acte vital et essentiel, " antérieur au surplus à l'existence du liquide dans la cavité ", et " caractérisé par une véritable propagation qui n'est " pas due à un travail de substitution ou de destruction ", mais bien par un envahissement de la néoplasie embryonnaire au milieu de laquelle se forment les follicules et les nodules tuberculeux.

Pour lui, la distension, l'influence de la pesanteur, ne sont que secondaires,

Le chapitre relatif à l'étude microscopique est fort intéressant.

L'auteur nous montre, dans une description très complète et à l'aide de fort belles planches, ce double travail de prolifération et d'organisation, d'une part, de désagrégation et de destruction, d'autre part, d'où résulte l'augmentation de volume du contenu, et qui a eu son point de départ dans la tumeur primitive, qui n'est qu'un simple agrégat de tubercules élémentaires.

Dans un chapitre, l'auteur examine le contenu de la poche, qu'il sépare complètement du pus normal.

Les leucocytes ne constituent pour les liquides des abcès froids qu'une faible partie de la masse, encore sont-ils dépourvus de noyaux et de forme irrégulière ; au contraire,

ce liquide est riche en matière granuleuse, en débris de cellules, en corps gras, etc., ce qui achève de le distinguer du pus ordinaire.

Dans les chapitres suivants, l'auteur étudie avec le plus grand soin l'évolution clinique de ces abcès. Nous signalerons en particulier son chapitre relatif à leur transformation kystique, qu'il explique en rappelant " que la paroi possède tous les éléments anatomiques pour subir une transformation cellulo fibreuse ".

M. Lannelongue consacre aussi quelques pages à la température locale des abcès tuberculeux qui lui a fourni des résultats en contradiction avec l'opinion qu'on s'était faite jusqu'alors sur l'absence totale d'élévation thermique à leur niveau.

Cette première partie se termine par un chapitre fort intéressant sur les indications thérapeutiques qui découlent des notions anatomo-pathologiques précédemment exposées, et par une série de 25 observations fort instructives et très probantes.

Nous ne nous étendrons pas longtemps sur les deux dernières parties de l'ouvrage, plus courtes, mais non moins intéressantes.

L'auteur y met en relief ce point important, selon nous, que l'abcès concomitant survient dans le cours des affections tuberculeuses des os comme manifestation périphérique de la tuberculose, au même titre que les lésions viscérales de même ordre.

Dans son chapitre sur la tuberculose osseuse, il montre encore l'abcès ossifluent, sessile ou migrateur, comme le résultat, non pas de la lésion osseuse, mais bien d'une lésion secondaire de même ordre, née à la vérité sous son influence, mais indépendante et marchant selon le processus indiqué plus haut.

Il en résulte cette donnée importante au point de vue thérapeutique, qu'il ne s'agit pas dans les cas de ce genre de s'attaquer uniquement à la lésion osseuse, mais bien aussi

sous peine de récédive, à la néoplasie secondaire des parties molles.

Disons enfin qu'une série d'observations termine encore la dernière partie de ce mémoire, à laquelle se trouve annexée des analyses chimiques du pus d'abcès froids, dues à M. Villejean, pharmacien de Sainte-Eugénie, qui viennent confirmer les différences physiques signalées par l'auteur avec le pus d'origine inflammatoire — (*Gazette médicale de Paris*, No. 30 — 23 Juillet 1881.)

Dr. PIQUÉ.

I.—TRAITÉ CLINIQUE ET PRATIQUE DES MALADIES MENTALES, par le docteur J. LUVS, membre de l'Académie de médecine, médecin de la Salpêtrière, avec 27 figures intercalées dans le texte et 10 planches coloriées et photomicrographiques.—Ad. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, 1881.

Il n'est pas de Traité de pathologie plus logiquement conçu que celui où se trouvent étudiées, avant ses déviations malades, la constitution anatomique et le fonctionnement normal de chaque organe. Cette sorte de trilogie médicale, qui envisage un appareil dans ses trois grandes modalités : sa structure, sa vie, sa souffrance, constitue pour l'esprit la méthode d'étude la plus précise et la plus fructueuse.

Nous sommes loin de prétendre qu'un Traité général de pathologie doive être un vaste compendium, réunissant tout ce qui a trait à chacune des fonctions de l'économie au triple point de vue anatomique, physiologique et pathologique. Une telle œuvre ne serait que chaos et confusion, à moins d'être soumise à des divisions multiples. Mais ce qui n'est pas applicable aux traités généraux de pathologie l'est parfaitement aux traités spéciaux. Il n'est plus aujourd'hui d'ouvrage sur l'obstétrique, où l'on ne trouve, comme une introduction nécessaire à l'étude des accouchements, la description plus ou moins complète de la structure et du fonctionnement des organes génito-urinaires. Ces sortes d'ouvrages, qui forment la monographie, l'histoire complète d'une fonction, n'en sont, par cela même, que plus utiles et que plus précieux.

En ce qui concerne toutefois les maladies mentales, ce groupement des modalités anatomique, physiologique et pathologique des fonctions intellectuelles en un traité spécial présente des difficultés très grandes, pour ne pas dire insurmontables. La psychiâtrie, en effet, en dépit des immenses progrès réalisés depuis un siècle, est une science encore assez mal connue ; et quant à l'anatomie et à la physiologie cérébrales, dont elle relève, personne n'oserait affirmer non plus, qu'elles aient dit leur dernier mot.

Comment songer, avec des données de toutes parts si imparfaites, avec des éléments épars et sans cohésion, à un traité des maladies mentales qui s'appuyât solidement sur le frêle édifice de l'anatomie et de la physiologie cérébrales ?

Pour prétendre à une pareille œuvre, il ne fallait rien moins qu'un triple savant, à la fois anatomiste, physiologiste et aliéniste consommé. J'ai nommé M. Luys. Anatomiste et physiologiste, M. Luys l'était, certes ; ses précédentes recherches sur le cerveau et ses fonctions suffirent amplement à le prouver. Aliéniste, il l'est aussi, non seulement par ses nombreux travaux sur la psychiâtrie, mais aussi, et surtout, par sa longue et constante fréquentation des aliénés depuis près de vingt ans.

L'ouvrage de M. Luys, qui vient de paraître, pourrait donc presque s'appeler : *Traité de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie du cerveau*, dans la sphère afférente aux fonctions intellectuelles.

En se plaçant au seul point de vue de l'idée qui a présidé à son exécution, cette œuvre est plus qu'un traité ordinaire des maladies mentales, c'est une tentative puissante et audacieuse qui transporte la psychiâtrie dans le domaine vraiment scientifique, et qui lui marque sa route pour l'avenir.

Au surplus, voici comment M. Luys définit lui-même le plan et le but de son traité.

“ La méthode que j'ai employée dans la manière d'exposer les troubles de la pathologie mentale est toute simple ; elle découle de la nature même des choses qu'il s'agit d'exposer.

“ J’ai pris tout d’abord mon point d’appui sur une base toute différente de celles qui avaient servi jusqu’ici à mes devanciers. Loin de faire comme eux des descriptions symptomatiques pures, avec une exactitude et une recherche de détails plus ou moins soignées, je me suis franchement placé sur le terrain fixe de l’anatomie et de la physiologie pratiques ; et j’ai cru que j’étais en mesure, dans ce domaine spécial de la pathologie humaine, de formuler une classification nosologique ayant son point de départ dans une perturbation fonctionnelle des organes intéressés.

“ Avant donc d’étudier comment est constitué le cerveau de l’homme qui travaille à faux, de l’aliéné en un mot, il fallait établir, d’une façon aussi complète que possible, comment est constitué le cerveau de l’homme sain qui travaille régulièrement, comment il fonctionne à l’état physiologique, et faire ainsi au préalable une étude régulière de tous les instruments qui servent au développement de l’activité psycho sensorielle.

“ Il fallait en outre, une fois ces appareils organiques connus et décrits, se les représenter en action, reconnaître les propriétés vitales dont ils sont doués, ainsi que les forces vives dont ils sont animés. C’est dans cet ordre d’idées que j’ai été amené à créer, pour nous médecins, une physiologie cérébrale pratique et vulgaire, qui n’a rien de transcendant, mais qui a pour elle au moins l’immense avantage de dériver de l’expérience et, jusqu’à meilleure information, de s’appliquer aux faits morbides en servant à les interpréter.

“ Ce traité de pathologie mentale est donc divisé naturellement en trois parties qui s’enchaînent les unes aux autres et se prêtent un mutuel appui. C’est l’anatomie qui commence ; la physiologie qui vient ensuite et se complète par la pathologie.”

Un mot sur chacune de ces trois parties :

1^o La première, consacrée à l’anatomie, contient la description de la structure du cerveau telle que l’auteur l’expose tous les ans au début de ses cours à la Salpêtrière. Elle est

divisée en plusieurs chapitres dans lesquels se trouvent étudiés successivement : 1^o Les parties élémentaires du système nerveux ; 2^o le développement des parties élémentaires du système nerveux ; 3^o la structure du cerveau (substance corticale et noyaux centraux) ; 4^o la structure de la substance blanche cérébrale ; 5^o la morphologie cérébrale ; 6^o les méninges ; 7^o la circulation cérébrale. Ces descriptions anatomiques sont accompagnées de figures schématiques et de planches photo-micrographiques choisies avec le plus grand soin, et qui montrent pour ainsi dire dans tous ses détails la structure des éléments nerveux.

2^o La partie physiologique comprend l'étude des appareils nerveux, précédemment étudiés dans leur rôle dynamique.

M. Luys admet pour le système nerveux trois propriétés fondamentales qu'il étudie successivement et qui sont : 1^o la *sensibilité* ; 2^o l'*automatisme* ; 3^o la *phosphorescence organique*.

1^o La *sensibilité* est une propriété histologique en vertu de laquelle la cellule nerveuse entre en conflit avec les incitations ambiantes et s'accommode avec elles. Dans les sphères périphériques du système nerveux, cette sensibilité est accompagnée d'une réaction spéciale d'acquiescement ou de répulsion, suivant que le tissu est agréablement ou désagréablement surpris dans sa sensibilité histologique incidemment excitée. Dans les sphères de l'activité psychique, ce conflit est accompagné d'une réaction plus intense et d'une sorte d'éréthisme de la cellule en action. C'est l'émotivité qui se développe, phénomène involontaire passivement subi et qui est l'origine première de bien des phénomènes obscurs de la pathologie mentale, ceux, par exemple, dans lesquels on voit les malades rester continuellement émus, dans un état d'anxiété extrême et incapables de comprendre les paroles destinées à les rassurer.

2^o L'*automatisme* est cette seconde propriété histologique en vertu de laquelle la cellule nerveuse saisie, commotionnée par l'expression extérieure, soit dans un sens agréable, soit dans un sens désagréable, réagit à la suite et exprime son émotivité latente.

3^o Sous le nom de *phosphorescence organique*, M. Luys décrit cette curieuse propriété fondamentale des éléments nerveux, en vertu de laquelle ils gardent emmagasinés en eux-mêmes, comme des corps inorganiques phosphorescents, la trace des vibrations qui les ont primitivement mis en mouvement. Dans le domaine des psychopathies, ces phénomènes, une fois qu'ils sont amplifiés par l'action morbide du substratum organique, sont susceptibles de servir de point de départ à une série de conceptions pathologiques incoercibles.

— Ici se place, dans l'ouvrage, l'étude des modifications apportées dans l'activité des éléments nerveux par l'état de la circulation sanguine, chapitre des plus importants, le plus important, pourrait-on dire, car il a servi de base à l'auteur pour sa classification des maladies mentales. C'est en effet le sang qui fait vivre la cellule nerveuse, c'est lui seul qui domine et régleme les diverses formes de son activité. Vient-il à affluer vers le cerveau ? Le mouvement vital se développe, et se traduit par l'excitation fonctionnelle. Vient-il, au contraire, à se ralentir ? C'est l'ischémie qui survient, et, avec elle, la paresse fonctionnelle, la dépression. Or, toutes les manifestations morbides de l'intelligence, toutes les maladies mentales se traduisent, en somme, par plus ou par moins, et elles peuvent, en fin de compte, être réduites à l'un de ces deux termes : excitation ou dépression. C'est cette donnée fondamentale qui a servi de base à M. Luys pour édifier sa classification nosologique.

3^o Après avoir, en effet, étudié dans des chapitres à part les questions générales de la pathologie mentale, c'est-à-dire l'étiologie, la *symptomatologie*, le *pronostic*, le *diagnostic*, l'*anatomie pathologique* et la *thérapeutique*, l'auteur passe à la description des formes morbides elles-mêmes, et le fait d'après la classification suivante :

1^o Dans une première section, sont réunies toutes les psychopathies, liées à des troubles circulatoires passagers. Ces psychopathies se divisent naturellement en quatre groupes :
1^o les *psychopathies hyperthémiques*, subdivisées en *partielles*

ou *généralisées*, suivant que l'hyperthémie cérébrale qui leur donne naissance est *partielle* ou *généralisée* (illusions et hallucinations, manies émotives, manie généralisée) ; 2^o les *psychopathies ischémiques partielles* (lypémanies émotives et intellectuelles partielles, lypémanies partielles avec conscience), et *généralisées* (lypémanie généralisée avec stupeur et inconscience, lypémanies simples généralisées sans délire, stupeur simple) ; 3^o les *psychopathies caractérisées par la coexistence, chez le même sujet, de processus hyperthémiques et ischémiques*, (état lypémanique avec exaltation des régions hallucinatoires, comprenant le délire mélancolique, le délire des persécutions, la stupeur hallucinatoire, la stupidité) ; 4^o les *psychopathies caractérisées par l'alternance, chez le même sujet, de processus hyperthémiques et ischémiques* (folies à double forme, périodiques, circulaires).

2^o Dans la deuxième section sont étudiées les *psychopathies liées à des lésions organiques et progressives*, la paralysie générale, l'imbécillité et l'idiotie.

M. Luys a laissé de côté à dessein le chapitre isolé des intoxications en général et de l'intoxication alcoolique en particulier, se proposant de reprendre plus tard, au point de vue des troubles psychiques, l'étude de ce sujet si intéressant pour le traiter avec tous les développements qu'il mérite.

Comme on le voit, la classification de M. Luys est d'une simplicité extrême et basée sur un élément invariable. Assurément, elle est loin d'être parfaite, l'auteur lui-même en convient ; mais elle a le rare mérite de donner à l'étude des maladies mentales un point de départ fixe et naturel, une base organique dérivant de la nature même des choses à étudier, et la met ainsi de plain-pied avec les autres branches de la pathologie interne, qui, depuis longtemps, sont pourvues de classifications nosologiques régulières.

Nous en avons assez dit pour donner une idée générale de l'œuvre de M. Luys et pour en avoir démontré la haute valeur. Sans entrer dans des considérations de détail auxquelles ne se prête pas le cadre étroit d'une analyse, qu'il nous

suffise d'ajouter que, sans négliger les descriptions symptomatiques des maladies mentales, déjà traitées d'ailleurs avec le plus grand soin dans les ouvrages des précédents auteurs, M. Luys s'est surtout attaché à développer la partie la moins connue de la pathologie mentale, l'anatomie pathologique. Il lui a, pour ainsi dire, accordé la place d'honneur, décrivant minutieusement, pour chaque affection, les lésions déjà connues, et y ajoutant le contingent très important de ses propres découvertes. On lira surtout avec le plus grand plaisir, et avec le plus grand fruit, à ce point de vue, les beaux chapitres consacrés aux hallucinations et aux illusions, à la paralysie générale, au dédoublement des opérations cérébrales, à l'imbécilité, à l'idiotie.

En soumettant son ouvrage à la critique, M. Luys ne lui demande qu'une chose, d'être jugé d'après l'ensemble du travail, d'après les efforts accomplis et le but réalisé. Le succès auquel est sûrement appelé son *Traité des maladies mentales* est la meilleure réponse que lui feront ses lecteurs.

Dr. E. RÉGIE,

Chef de clinique des maladies mentales.

—*Gazette Médicale* de Paris.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

DE LA TRANSPLANTATION DES OS. EXPÉRIENCES DE TRANSPLANTATION OSSEUSE INTRA-HUMAINE. Note de M. W. MACÉWEN.

Tout le monde connaît les expériences de transplantation osseuse faites par M. Ollier, spécialement sur des lapins. Bien que ces expériences paraissent concluantes, Wolf et d'autres observateurs ont cependant contesté les conclusions de M. Ollier, et, conséquemment, on peut en inférer que la transplantation de l'os et l'accroissement subséquent de la substance osseuse n'ont pas encore été démontrés d'une façon convaincante, et que les expériences de M. Ollier ont besoin d'être confirmées.

Trois questions restent donc à résoudre :

1^o. L'os croît-il après la transplantation, et son volume s'accroît-il d'une addition de particules osseuses ? 2^o Les faits observés sur les animaux peuvent-ils se produire chez l'homme ? 3^o La possibilité de l'accroissement de l'os après la transplantation, étant admise comme fait physiologique, peut-elle produire un résultat pratique ?

Au lieu de transplanter l'os en bloc, tel qu'il a été enlevé, je l'ai coupé en petits fragments, pour plusieurs raisons : d'abord parce que le sang épanché dans la loge de réception de ces fragments multiples leur permettra d'établir des connexions vasculaires et leur fournira des éléments nutritifs. Que les leucocytes du caillot de sang puissent se transformer en éléments osseux ou non, le caillot de sang lui-même forme une excellente matrice pour la prolifération des éléments ostéogéniques. De plus, la division de la greffe osseuse en petits fragments non seulement rend plus certaine leur vitalité individuelle, mais encore donne un plus grand nombre de foyers osseux proliférateurs.

Voici un cas de transplantation osseuse opérée avec succès sur l'homme pour combler un déficit osseux de 0 m, 114 laissé dans la continuité de l'humérus par une nécrose de cet os, à la suite d'une périostite suppurée de sa diaphyse.

L'humérus nécrosé a été divisé à sa partie moyenne, et chaque moitié a été retirée de ce qu'on supposait être sa gaine périostique ; mais, au moment du retrait, des doutes ont été exprimés, et l'on s'est demandé si le périoste n'avait pas été en grande partie détruit. Comme résultat, à l'extrémité la plus rapprochée du corps, une masse osseuse s'était formée, d'aspect piriforme, partant de la tête en s'effilant vers un point situé à un pouce trois quarts (0 m. 045) de la pointe acromiale, de sorte que plus des deux tiers de la tige humérale manquaient. Il n'y avait pas d'autre signe de transformation d'os. Pour faire le sillon destiné à recevoir la greffe, j'ai eu à me baser sur les rapports anatomiques pour déterminer la position que devait occuper la greffe, car il n'y avait pas de tra-

ce de périoste ou de structure fibreuse pour indiquer la situation antérieure de l'os.

Des portions d'os humain ont été transplantées à trois reprises différentes. Les greffes étaient prises sur des sujets affectés de courbures antérieures du tibia, auxquels on avait enlevé des portions cunéiformes d'os pour redresser les membres arqués. Ces coins osseux, avec leur périoste, ont été divisés en plusieurs petits fragments, qui ont été immédiatement placés dans le sillon préparé pour les recevoir dans le bras du sujet. Ces petites portions se sont unies ensemble et ont adhéré au sommet de l'humérus en dessus et aux condyles en dessous, formant finalement une tige solide, d'environ un demi pouce (0 m, 013) plus courte que l'humérus du côté opposé. Ainsi, par la transplantation de l'os, un bras inutile a été rendu parfaitement utile.

Quoique le cas ci-dessus ne s'applique qu'à un seul individu, on peut le regarder cependant comme une série d'expériences, si l'on considère le nombre de transplantations opérées. Quelles sont les conclusions à tirer des données fournies par ces expériences ?

Quand, de six différents membres inférieurs humains, six portions cunéiformes d'os ont été enlevées avec leur périoste et leur moelle, divisées en petits fragments, placées dans le bras d'un jeune garçon, dans un espace intermusculaire fraîchement ouvert par le scalpel pour les recevoir, et lorsqu'on voit que les portions greffées sont non seulement restées en totalité dans les tissus, mais encore se sont unies les unes aux autres, faisant en tout quatre pouces et demi (0 m, 114) de transplant osseux, d'où s'est formé un humérus nouveau qui se meut et sert comme celui de l'autre bras, on peut en conclure que les os transplantés ont vécu et crû.

Il faut ne pas perdre de vue que la première greffe a été faite il y a un an et sept mois et que l'os formé après cicatrisation de la plaie faite pour la réception de la greffe, non seulement a conservé sa dimension primitive, mais encore a crû. Cela réfute suffisamment la supposition de l'absorption de l'os après transplantation.

L'apparence de l'os transplanté, quand les bords furent rafraichis, était celle d'un tissu osseux vivant environné d'une mince membrane vasculaire fibreuse, adhérant étroitement à l'os, et qui saignait lorsqu'on la grattait, comme le ferait le périoste. Cette membrane ne ressemblait pas à l'épaisse capsule semi-vasculaire que l'on trouve environnant un tissu mort en cours d'absorption.

Le succès qui a couronné l'opération pratiquée a prouvé que la méthode de division de la greffe en petits fragments et les raisons *a priori* d'agir ainsi étaient parfaitement correctes.

Des considérations précédentes on peut tirer les conclusions suivantes :

1° L'os transplanté est capable de vivre et de croître ; 2° les transplants inter-humains d'os vivent et croissent ; 3° la transplantation inter-humaine de l'os peut produire un résultat pratique avantageux à l'humanité ; 4° la totalité des éléments osseux doit être comprise dans le transplant ; 5° la méthode de transplantation qui présente le plus de chance de succès est de diviser l'os avec un instrument tranchant en petits fragments ; 6° pour assurer le succès de l'opération, il faut employer le traitement antiseptique.—(*Gazette Médicale de Paris*, No. 27—2 juillet 1881).

CHIRURGIE.

SUR LES GREFFES OSSEUSES. (Note de M. OLLIER.)

Grâce à la méthode antiseptique, et en particulier au pansement de Lister, qui en est jusqu'ici le procédé le plus pratique, la chirurgie est aujourd'hui en mesure de réaliser certaines opérations, formellement proposées depuis longtemps, mais restées à l'état de conceptions théoriques, à cause des dangers qui accompagnaient jusqu'ici la plupart des plaies pratiquées sur l'homme, surtout dans les tissus profonds.

La greffe animale est une des opérations qui devront bénéficier le plus de la possibilité que nous avons aujourd'hui de soustraire les plaies aux agents infectieux. Son principal obstacle a été, en effet, jusqu'ici, l'altération septique du milieu organique dans lequel devait vivre le tissu transplanté.

La greffe osseuse, en particulier, nous permettra de pratiquer chez l'homme les opérations restauratrices, que nous n'avions pu faire réussir que chez les animaux, plus tolérants pour les traumatismes. On peut même espérer obtenir chez l'homme des résultats plus complets, parce que l'opéré humain gardera le repos et l'immobilité, qui sont indispensables au succès de l'adhésion des tissus transplantés.

Il en sera probablement pour les greffes comme pour les résections sous-périostées, qui donnent chez l'homme des résultats plus réguliers, plus satisfaisants que chez la plupart des mammifères, par la seule raison que l'homme se soumet au traitement consécutif, nécessaire à une production osseuse régulière.

M. Mac Ewen, de Glasgow, dans la note que j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie, vient de confirmer de la manière la plus éclatante la réalité de la greffe osseuse sur l'homme.

Il a réussi à reconstituer 0^m,114 de la diaphyse humérale, au moyen de six fragments osseux cunéiformes retranchés sur des tibias de jeunes enfants atteints d'incurvations rachitiques. Il a transplanté, selon la règle que nous avons formulée d'après nos expériences, le tissu osseux complet, c'est à dire la substance osseuse revêtue de son périoste et garnie de sa moelle ; mais il a eu de plus l'idée de la diviser en petits fragments de 0^m,003 à 0^m,005 de diamètre d'épaisseur, et en dernier lieu de 0^m013 sur 0^m007. Il a eu pour but d'augmenter les surfaces de contact de la greffe avec les tissus ambiants et de multiplier les centres de prolifération des éléments ostéogènes. Ce procédé lui a parfaitement réussi.

Jusqu'à ces derniers temps, par crainte de voir la greffe ne pas se souder aux tissus voisins et engendrer au milieu des

tissus une source de produits septiques dangereux pour l'économie, j'avais, dans la rhinoplastie en particulier, laissé les lambeaux osseux en rapport avec le reste du corps par un pédicule de parties molles ; c'était une sorte de greffe par approche. Mais, aujourd'hui, on devra faire des transplantations véritables et emprunter la matière osseuse à une partie quelconque du squelette du sujet, ou mieux encore à un autre individu *sain*, en mettant à profit la substance osseuse qu'on est si souvent obligé de sacrifier dans certaines opérations. Percy avait essayé, à la fin du siècle dernier, de réparer ainsi par la greffe osseuse le déficit de certains os fracturés, mais il avait eu malheureusement l'idée d'emprunter ses greffes à des os de bœuf. Cette idée, que nous tenons aujourd'hui pour peu physiologique, après l'insuccès de nos greffes entre animaux d'espèces différentes, fut d'autant plus fâcheuse que Percy était, à ce moment, abondamment pourvu de matière ostéoplastique par les blessés qu'il amputait chaque jour.

Certaines tribus de l'Ethiopie, d'après M. d'Abbadie, prétendent réparer les os de leurs blessés en greffant à leur place des os de veau ; nous avons retrouvé la même tradition en Algérie, avec cette différence seulement que l'on empruntait au chien la matière de la greffe. Mais ce sont probablement des erreurs populaires, qui ne méritent pas plus de crédit que l'histoire racontée autrefois par Job à Meckreem, relative à la réparation d'une perte de substance du crâne par un os de chien.

Ce n'est pas dans cette transplantation entre sujets d'espèces différentes que la chirurgie pourra trouver des ressources nouvelles : c'est dans la transplantation d'os humains et surtout d'os de jeunes sujets, transplantations qui seront d'autant plus praticables qu'on pourra, à défaut d'un os pris sur un autre sujet, faire subir pour ainsi dire sans danger, à l'aide de la méthode antiseptique, des pertes de substances à certaines parties du squelette du sujet même qui aura besoin de matière ostéoplastique.

Le périoste est le tissu de l'os qui est le plus apte à se greff-

fer. Nous avons plusieurs fois greffé des lambeaux de périoste humain sur des plaies granuleuses, et, malgré l'exposition à l'air d'une des faces du lambeau transplanté, la greffe s'est effectuée pour la totalité du tissu transplanté. Mais avec le pansement de Lister nous pouvons aller plus loin, comme le prouve M. Mac Ewen, et comme le prouvent aussi les greffes de fragments osseux complètement détachés ou tenant à peine par quelques filaments périostiques ou médullaires, abandonnés dans un foyer de fracture. Si l'on peut prévenir la suppuration (et l'on obtient souvent ce résultat à l'aide du pansement de Lister), la greffe s'opère ; le fragment osseux se soude et reprend ses adhérences avec les tissus vasculaires qui l'entourent.

Mais cette greffe sera bien plus facile avec des lambeaux osseux régulièrement taillés et placés dans une loge méthodiquement délimitée avec le bistouri, sous les irrigations ou le nuage phéniqué, au milieu de tissus sains et non contusionnés.

Les conditions de persistance et d'accroissement ultérieur de tissu osseux transplanté à distance ont été déjà déterminées par nos expériences antérieures et démontrées par les pièces que nous avons eu l'honneur de soumettre à l'Académie de 1854 à 1861. Je rappellerai à cet égard que les *transplants* devront, lorsqu'on aura le choix, être pris sur des sujets jeunes, c'est à dire devront être constitués par des tissus ayant encore un grand accroissement en puissance. C'est dans ces conditions que la prolifération cellulaire, effective au point de vue de l'augmentation de la masse, sera plus abondante. Ce sont surtout les éléments de la couche ostéogène du périoste, organe de l'accroissement de l'os en épaisseur, qui contribueront à ce résultat utile ; mais il ne faut pas se laisser aller à des illusions eu égard à cet accroissement.

Nous déterminerons les limites probables de cet accroissement dans une prochaine communication.—(*Gazette Médicale de Paris*, No. 27—2 juillet 1881).

Greffes cutanées prises sur le cadavre.

A la fin de Juin 1880, mon client, qui était assis sur le seuil d'une porte montée sur des pentures en acier, fut frappé par la foudre et resta dans un coma profond pendant plusieurs heures. C'est alors qu'il fut transporté à l'hôpital Bellevue et placé dans la salle No 12 dont je faisais le service.

En le déshabillant, on lui enleva la peau du bras gauche et d'une partie du dos, ce qui laissait une grande surface toute dénudée.

Pendant quelques semaines tous les moyens possibles furent employés pour amener une bonne granulation. Sur ces entrefaites un jeune Allemand d'une forte constitution, qui pour se suicider s'était coupé la gorge, fut transporté à l'hôpital où il mourut au bout de quelques heures.

Six heures après sa mort j'allai, au charnier et enlevai sur son cadavre, à la partie interne de la cuisse, un morceau de peau là où elle est la plus délicate et le moins garnie de poils.

Je coupai cette peau en plusieurs petits morceaux, que j'appliquai d'après le mode de pansement qui m'est propre et qui consiste à les recouvrir d'abord avec un morceau de *protective*, (sorte de taffetas vert employé dans le pansement de Lister). Puis je mets sur la surface ulcérée une bande de caoutchouc ordinaire ou même d'emplâtre adhésif, et je recouvre le tout d'un simple bandage. Le but de la *protective* est d'empêcher les greffes de coller au caoutchouc ou à l'emplâtre adhésif et d'être en conséquence enlevées avec l'appareil lorsque celui-ci est ôté. Le seul but du bandage est d'exercer une simple pression qui doit être ferme et uniforme.

Dans le cas cité, j'enlevai l'appareil au bout de quatre jours, et, après avoir nettoyé la plaie, j'en fis prendre une photographie.

Un quart à peu près des greffes n'avaient pas réussi ; elles furent enlevées par le lavage de la plaie. Les autres s'étaient

attachées à l'ulcère dont la partie inférieure et centrale sur le bras était déjà couverte d'une peau mince et délicate, résultat de la fusion de tous ces petits îlots de peau (si je puis ainsi m'exprimer) dont chaque greffe avait été l'origine. Comme dans d'autres cas identiques la cicatrisation eut sans doute continué et amené une guérison parfaite en peu de temps, si une attaque d'érysipèle, (résultat tant du mauvais état de santé du patient que de son exposition à la contagion par sa proximité d'autres érysipélateux), ne fut venue détruire une grande partie de la peau déjà formée. Je fus ainsi forcé de faire de nouvelles greffes qui amenèrent cette fois une guérison finale, avec un tissu cicatriciel bien moins ratatiné et difforme que celui que l'on rencontre ordinairement après la guérison de brûlures d'une aussi grande surface.

On a souvent greffé la peau et la membrane muqueuse enlevées sur le vivant dans des opérations chirurgicales.

Mais je désire enregistrer par ces lignes mon droit à réclamer la priorité pour l'idée d'enlever la peau du cadavre pour la transplanter sur l'être vivant, et j'insiste pour faire reconnaître que j'ai été le premier à faire cette opération qui depuis a réussi à plusieurs autres chirurgiens.

Il me semble que ceux qui ont été témoins du fait que j'ai vu se répéter si souvent de la peau prise sur le cadavre, plusieurs heures après la mort, et qui mise sur une surface granulée revient à la vie et envoie avec une étonnante rapidité et dans toutes les directions des prolongements d'une peau délicate qui finit par recouvrir toute la surface qui était dénudée, sans ce ratatinement que l'on voit ordinairement dans les guérisons obtenues par d'autres moyens, il me semble, dis-je, que tous ceux qui ont été témoins de ces faits doivent convenir avec moi néanmoins que la greffe cutanée n'est encore que dans son enfance. Aussi, lorsque des hommes habiles, après y avoir donné leur attention, auront trouvé toutes les ressources que peut procurer ce nouveau procédé, est-on en droit d'espérer que l'on

ne verra plus ces cicatrices, si horriblement difformes, succéder aux brûlures ou aux nævi enlevés par excision. A leur place se présentera désormais sur la partie même ainsi brûlée ou opérée une peau aussi belle que celle du reste du corps, soit que la greffe ait été prise sur le cadavre ou sur le corps vivant d'un autre individu.

Dr I. N. GIRDNER, (*N. Y. Med. Record*)

—Traduit de l'anglais.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

Sur la présence de la trichine dans le tissu adipeux.

Tous les auteurs représentent la trichine comme *spéciale au système musculaire* et s'accordent à signaler son absence dans le tissu adipeux, qui posséderait à cet égard une immunité absolue.

Il résulte des recherches de l'auteur que la présence des trichines dans le tissu adipeux ne saurait être désormais contestée. Le fait est intéressant pour l'histoire naturelle de l'helminthe et peut-être aussi pour la prophylaxie de la trichinose. Il convient toutefois de remarquer, dit-il, l'état qui caractérise la plupart des vers observés dans la graisse : presque toujours ils se montrent libres ou à peine fixés aux éléments voisins ; on pourrait donc les regarder comme des nématodes n'ayant pu atteindre encore leur station normale, si la présence de trichines enkystées ne venait démontrer la possibilité pour ces parasites d'accomplir, dans ce milieu, la période stagiaire de leur existence. Je crois même que l'étude des trichines enkystées dans la substance grasse pourra contribuer à élucider le mode de constitution du kyste, question qui divise actuellement les helminthologistes.

Tels sont les résultats fournis par l'observation ; quant aux faits expérimentaux, je me borne à mentionner que les ani-

maux dans l'alimentation desquels j'ai fait entrer ces lards n'ont encore offert aucun phénomène morbide, tandis que les sujets de la même espèce nourris avec la partie musculaire des mêmes quartiers ont présenté les symptômes caractéristiques de la trichinose intestinale, à laquelle quatre d'entre eux ont déjà succombé. Il semble donc que l'action nocive des lards trichinés soit assez faible; mais, certains faits commandant sur ce point une extrême réserve, il est indispensable de poursuivre les recherches et de multiplier les expériences. Dans tous les cas, la présence de trichines et surtout des trichines enkystées, dans le tissu adipeux, impose dès maintenant l'obligation d'examiner les viandes suspectes dans leur substance grasse comme dans leurs parties musculaires. —*Gazette médicale de Paris*, 2 avril 1881.

Congrès international de Médecine de Londres

Pour donner à nos lecteurs une idée du Congrès international de Médecine de Londres, nous reproduisons la lettre ci-dessous du Dr Henri Henrot au directeur de l'*Union Médicale et Scientifique du Nord-Est*.

MON CHER DIRECTEUR.

Vous me demandez un compte rendu sommaire du Congrès de Londres : c'est une bien lourde tâche pour moi, qui ne parlant ni ne comprenant l'anglais, ai dû bien souvent laisser échapper des choses intéressantes ; cependant, le *Nord-Est* ne peut pas passer sous silence un événement de cette importance pour la science médicale en général et pour la science française en particulier.

Près de 3,000 médecins des deux mondes étaient réunis à Londres ; c'est la première fois que l'on voyait une telle agglomération de membres appartenant tous à notre profession. Le Congrès international d'Hygiène de 1878, où étaient

admis les ingénieurs, les architectes, était, vous le voyez, de beaucoup dépassé.

Chaque Nation avait tenu à honneur d'être représentée par ses médecins les plus éminents, le délégué français, l'illustre Pasteur, était accompagné d'un grand nombre de professeurs les plus distingués de la Faculté de Paris, (citons MM. Charcot, Verneuil, Trélat, Lefort, Lasègue, Hardy, Parrot, Bouchard, Ball), de Brown-Sequard et François Frank, du Collège de France ; de beaucoup de médecins et de chirurgiens des hôpitaux de Paris : MM. Bouchut, Bouchereau, Bucquoy, Feréol, Vidal, Grancher, Legroux, Pozzi, Gougenheim, Lucas Championnière, etc. ; des spécialistes comme Reliquet, Gayet, Fieuzal, Javal, Galezowski, etc. ; les professeurs Chauveau, Ollier, Lépine de Lyon, Leudet de Rouen, Gibert du Hâvre, Pamard d'Avignon, etc. ; MM. Pachiotti de Turin, Semmola de Naples, Gross de Pesth, Billings et Marion Sims, de New-York, Curtis de Boston, Goodell de Philadelphie, Wirchow, Frerichs, Esmarch d'Allemagne ; d'Espine, Reverdin de Genève, Marcowitz de Bucarest, et enfin toutes les célébrités des trois royaumes, sir James Paget, Lister, Jenner, Bennett, Ferrier, Gull, Mac-Cormac.

Le mercredi 3 Août, l'immense salle de Saint-James était insuffisante pour contenir tous les congressistes. Le Congrès était solennellement ouvert par le prince de Galles, accompagné de son beau-frère d'Allemagne.

L'héritier d'Angleterre mit en parallèle les expositions et les Congrès internationaux ; il fit un grand éloge de la profession médicale et des services que les médecins rendent à tous et surtout aux pauvres.

A côté de ces témoignages de considération et de respect donnés à notre profession, l'intérêt médical international était vivement engagé ; l'Allemagne était représentée par 8 ou 900 médecins, la France n'en comptait guère que 250 à 300. Qui, dans cette lutte pacifique allait obtenir le plus de succès ? eh bien ! sans chauvinisme, nous pouvons dire que c'est la science française, représentée par Pasteur, qui a obtenu les

honneurs du combat. Lister lui-même, ce grand bienfaiteur de l'humanité qui a par sa méthode arraché à la mort des milliers de blessés, a déclaré que c'était les travaux de Pasteur qui lui avaient donné l'idée d'utiliser les pansements nouveaux qui sont maintenant employés avec un égal succès dans le monde entier ; partout où notre savant compatriote prenait la parole, des acclamations chaleureuses venaient rendre hommage à son génie. Notre grand savant a certainement été le héros de la fête ; après lui, M. Charcot a été très-applaudi, il s'était fait accompagner d'un moulage total, d'une de ses ataxiques qu'il a laissé au Musée médical.

C'est après nos deux compatriotes que sont venus tous ces savants étrangers, dont le nom occupe une si large place dans la science.

Je ne chercherai pas à vous décrire toutes les réceptions générales ou partielles qui étaient généreusement offertes aux congressistes, la grande fête dans l'immense Musée de Kensington dont toutes les salles étaient éclairées au gaz ou à la lumière électrique, le splendide banquet au Palais de Cristal, etc. ; toutes ces réceptions étaient admirablement organisées.

Parmi les nombreuses excursions du dehors, à Windsor, à Kiew, à Hampton-House, à Margate, à Folkestone, pour l'inauguration de la statue d'Harvey, j'avais choisi celle de Beddington qui était intéressante au double point de vue scientifique et municipal, laissant de côté pour cela la visite des Musées, si fatigante, quand il faut voir en quelques heures les immenses richesses artistiques, les Rubens, les Raphaël, les Léonard de Vinci, les Titien, les Paul Veronèse, les Michel-Ange, accumulés dans les galeries publiques ou particulières.

Je partis donc pour Croydon, sans trouver tout d'abord de compatriotes parmi mes compagnons de route. Notre très-aimable confrère, le docteur Pachiotti, de Turin, le président du Congrès d'hygiène de l'an passé, voulut bien me servir d'interprète. Après une heure de chemin de fer, après avoir traversé cette fameuse gare de Chatham où passent 1,400

trains par jour, nous trouvâmes une vingtaine de grands breaks qui nous firent parcourir cette immense ferme de Beddington, irriguée depuis vingt ans avec la totalité des eaux d'égout de la ville voisine, Croydon, chargées des excreta de toute nature.

Le docteur Carpenter et le premier organisateur de cette splendide exploitation dont le nom nous échappe, nous firent visiter les moindres détails, tuyaux d'amenée, rigolles de distribution, canaux de sortie, etc. ; j'ai vu là une prairie de ray-grass d'un pied de haut dont on faisait la quatrième coupe ; des troupeaux de vaches, de chevaux, sur lesquels aucune épidémie n'a jamais sévi, paissaient en liberté dans ces vastes prairies.

Après une visite de près de trois heures, nous arrivions à l'Orphelinat de Beddington, l'ancienne demeure de la reine Élisabeth, où un banquet composé en partie des produits de la ferme nous attendait ; le dîner fut exquis, mais les toasts un peu longs. Avant de le commencer, les jeunes élèves de l'Orphelinat, dans un très-simple mais pittoresque costume blanc et bleu, vinrent chanter les prières d'usage et pour finir l'hymne national.

Pour ne pas revenir sur cette question des égouts, mentionnons tout de suite dans la section d'hygiène une communication très intéressante du docteur Carpenter sur l'innocuité complète du drainage, c'est-à-dire de l'irrigation, sur la santé publique ; son opinion est fondée sur le résultat des expériences poursuivies depuis vingt ans sans interruption à Beddington ; il constate que les végétaux produits par le sol irrigué avec l'eau d'égout, constituent une très-bonne alimentation pour les hommes et les animaux, et que la mortalité a diminué depuis cette époque dans de très-grandes proportions ; elle est tombée de vingt à quatorze pour mille.

Comme au Congrès pour l'avancement des sciences, il y avait au Congrès de Londres des séances générales et des séances de sections. Les premières avaient lieu à Saint-James Hall ; nous avons vivement applaudi la spirituelle conféren-

Ce sur le scepticisme, de notre ami Maurice Raynaud, l'auteur si connu des *Médecins du temps de Molière*, que la mort a frappé au moment où il terminait son travail. Son ami, le docteur Feréol, a mis en relief avec beaucoup d'art les fines-ses de ce discours si clairement écrit.

Le lendemain, Wirchow en faisait une sur l'utilité de l'expérimentation en médecine ; il revendiquait hautement pour la science le droit sérieusement contesté en Angleterre de faire des expériences sur les animaux. Ce n'est pas dans la patrie d'Harvey que le Parlement oserait par un arrêt, étouffer le développement de la physiologie et de la pathologie expérimentales. Le docteur Billings, de Washington, Wolk-mann, de Halle et Huxley, de Londres, traitèrent successive-ment la matière médicale, la chirurgie moderne et les rap-ports de la biologie et de la médecine.

Enfin, en dehors du programme depuis longtemps arrêté, à la demande expresse du Président du Congrès, Pasteur a résumé, dans une brillante improvisation, ses dernières expé-riences sur les virus-vaccins, qui ouvrent à l'hygiène des horizons si nouveaux et dont les conséquences avantageuses ne sauraient être, dès à présent, exactement fixées.

Les séances de sections se tenaient dans les salles, si admi-rablement disposées de Horlington-house, de London Univer-sity, et du Musée de géologie ; ce qui nous a tout d'abord frappé, c'est le nombre considérable des sections : anatomie, physiologie, pathologie, médecine, maladies de gorge, chirur-gie, obstétrique, maladies des enfants, maladies mentales, ophthalmologie, maladies de l'oreille, de la peau, des dents, hygiène publique, médecine et chirurgie militaires, thérapeu-tique. Ce cercle, on le voit, est complet, on y trouve deux branches très en honneur en Angleterre et très-négligées chez nous, les maladies de l'oreille et des dents.

Le Président de chacune de ces sections s'était imposé la tâche de présenter, dans un discours inaugural, l'état actuel de chacune de ces parties de la science, c'est là encore une très-heureuse innovation que l'on doit à l'esprit éminemment dratique des Anglais.

Comment s'entendre dans des sections où se trouvaient réunis des médecins parlant toutes les langues du monde civilisé ; le problème était difficile à résoudre. Dans les Congrès précédents, à Milan, à Amsterdam, etc., le français avait été la langue adoptée pour les discussions scientifiques, il fut décidé que les communications et les discussions se feraient en anglais, en allemand et en français : le résumé imprimé de chaque communication était traduit dans les trois langues et distribué à chaque membre du Congrès ; avec un peu d'attention, il était donc, je ne dis pas facile, mais possible, avec les livres en main, de suivre les séances.

Je ne chercherai pas à vous faire l'énumération de toutes les communications qui ont été faites ; toutes celles qui touchaient le même point de la science avaient été habilement groupées ; plusieurs discussions intéressantes mériteraient d'être rapportées ; celles de Grancher et Virchow, sur le tubercule ; celles qui traitaient sur la théorie des germes, etc. Vous trouverez tout cela dans le compte-rendu in extenso qui sera publié plus tard.

A côté du Congrès et au point de vue purement médical, deux choses attirèrent particulièrement notre attention : les hôpitaux et les musées.

Londres est une ville riche, comptant bon nombre de généreux citoyens qui ont légué des sommes considérables pour créer et entretenir des hôpitaux somptueux.

Tous ces hôpitaux nous étaient ouverts, et les chefs de service en faisaient les honneurs, non-seulement en montrant l'installation matérielle, mais aussi en faisant voir leurs malades intéressants et quelquefois en pratiquant des opérations devant leurs confrères. J'avais désiré voir *Saint-Thomas Hospital*, cette vaste construction d'un kilomètre et demi de longueur, qui, sur la rive droite de la Tamise, fait face au Palais du Parlement. Sous la direction du très-aimable docteur *Mason*, chirurgien de cet hôpital, j'ai pu visiter, jusque dans ses moindres détails, cet immense établissement, le plus récent et le plus important de Londres. On retrouve partout l'instal-

lation que les Anglais recherchent, les enfants sont confondus avec les adultes, les lits n'ont pas de rideaux ; quand le chef de service s'arrête à un lit, il est immédiatement, lui et ses suivants, entouré de paravents qui placent, pour le moment, le malade dans une chambre particulière. De jeunes et fortes miss font le service d'infirmières, les matelas sont remplacés par des sommiers métalliques, très-simples comme fabrication ; la ventilation y est facilitée par un système de fenêtres spéciales. J'ai vu là des cas de vraie goutte comme je n'en avais jamais rencontré en France.

A cet hôpital est annexée une véritable école de médecine qui compte près de 300 élèves ; les salles d'études, les salles de dissection, la bibliothèque et surtout le musée y sont très-bien installés, les salles d'opérations sont disposées de telle sorte que 100 élèves peuvent suivre à la fois les moindres détails d'une opération ; l'arsenal contient tous les instruments, tous les appareils qui, à un moment donné, peuvent être nécessaires.

On ne s'est pas contenté de faire de belles installations, on a voulu aussi mettre les médecins à même de faire de bonne médecine et former de bons élèves,

Le service est facilité par des ascenseurs pour les malades et pour tout ce dont ils ont besoin, et par de petits chemins de fer souterrains pour le transport des cadavres de l'hôpital à l'école.

Des salles d'isolement pour les maladies contagieuses, d'autres pour les agités, complètent cette magnifique installation.

Les Musées ! En dehors du Musée de Hunter, les organisateurs du Congrès en avaient formé un dans le lieu même des réunions où étaient exposés les pièces, les dessins, les moulages, les appareils, etc.

Dans d'autres salles, nos confrères, de chaque section, présentaient les malades curieux ; ailleurs, il y avait de vraies salles de microscopie ; ce qu'il faut mettre en relief dans tous ces musées, c'est la façon pratique dont ils sont installés.

Voici une pièce, par exemple, qui touche à une affection qui m'intéresse, je trouve le nom de la maladie, puis, à côté, l'observation détaillée du malade, et enfin s'il y a lieu, les dessins et la préparation microscopiques. Il y a longtemps que les médecins anglais ont mis en pratique l'instruction par les yeux ; les observations sont recueillies, les pièces sont conservées, surveillées, entretenues avec le plus grand soin.

Le souvenir de notre pauvre petite école de Reims m'a été très-pénible. Que de richesses perdues dans notre grand Hôtel-Dieu qui, avec un peu de soin et quelques dépenses, eussent suffi, en dix ans, à constituer un véritable Musée.

J'ai fini, mon cher directeur, ce trop long compte rendu, qui ne peut donner à vos lecteurs qu'un bien faible aperçu des immenses ressources scientifiques de Londres. Je n'ai qu'un regret à émettre, c'est que dans ce monde médical, qui avait envahi cette grande capitale, les Français ne se soient pas groupés davantage. Mon excellent compagnon de voyage, le docteur Bouchereau, avait eu l'idée d'organiser un banquet des médecins français, le temps était tellement pris par les invitations particulières que son projet n'a pu être réalisé.

J'ai retrouvé à Londres un de nos anciens élèves, le docteur Lecoq, qui nous a fait très gentiment les honneurs du cercle français ; l'installation n'est pas aussi somptueuse que celle des cercles de Pall-Mall, mais on y retrouve, avec le buste de la République et nos drapeaux tricolores, l'hospitalité la plus cordiale.

Le congrès de Londres est le 7e ; le comité exécutif est chargé de choisir le siège de la prochaine session : Berlin a été écarté ; restent en présence, Madrid, Stockolm et Copenhague. Laquelle de ces capitales désignera-t-on ?

That is the question !

Votre tout dévoué,

Docteur Henri HENROT

Brochures reçues.

Nous devons à l'obligeance de M. le Dr W. Osler, professeur de Physiologie à l'Université McGill, l'envoi de deux brochures, sur les sujets suivants :

On some of the effects of the Chronic impaction of Gall-Stones, and on the " Fièvre intermittente hépatique " de Charcot.

Renal Clirrhosis.

Dans le cours du mois de septembre dernier, M. le Dr Hingston a encore pratiqué avec le plus parfait succès l'opération de l'ovariotomie sur une jeune fille à l'Hôtel-Dieu.

Dispensaire de l'Asile de la Providence.

COMPTE RENDU DU SERVICE MÉDICAL, DU 1^{er} JUILLET 1880 AU
1^{er} JUILLET 1881 :

1880, JUILLET — <i>Service de M. le Dr A. Lefaiivre.</i>	
Ordonnances au Dispensaire.....	2000
Visites à domicile.....	203
“ AOUT — <i>Service de M. le Dr A. B. Champagne.</i>	
Ordonnances au Dispensaire.....	1952
Visites à domicile.....	161
“ SEPTEMBRE — <i>Service de M. le Dr E. Nolin.</i>	
Ordonnances au Dispensaire.....	2036
Visites à domicile.....	176
“ OCTOBRE — <i>Service de M. le Dr E. Nolin.</i>	
Ordonnances au Dispensaire.....	1821
Visites à domicile.....	232
“ NOVEMBRE — <i>Service de M. le Dr A. Piché.</i>	
Ordonnances au Dispensaires.....	2110
Visites à domicile.....	224
“ DÉCEMBRE — <i>Service de M. le Dr F. X. Trudel.</i>	
Ordonnances au Dispensaire.....	2178
Visites à domicile.....	248

1881, JANVIER — <i>Service de M. le Dr J. A. Leblanc.</i>	
Ordonnances au Dispensaire.....	2275
Visites à domicile.....	196
“ FÉVRIER — <i>Service de M. le Dr A. B. Champagne.</i>	
Ordonnances au Dispensaire.....	2502
Visites à domicile.....	271
“ MARS — <i>Sercice de M. le Dr G. Archambault.</i>	
Ordonnances au Dispensaire.....	2257
Visites à domicile.....	374
“ AVRIL — <i>Service de M. le Dr A. Piché.</i>	
Ordonnances au Dispensaire.....	2248
Visites à domicile.....	210
“ MAI — <i>Service de M. le Dr E. Nolin.</i>	
Ordonnances au Dispensaire.....	2060
Visites à domicile.....	162
“ JUIN — <i>Service de M. le Dr J. A. Leblanc.</i>	
Ordonnances au Dispensaire.....	1859
Visites à domicile.....	147

RÉSUMÉ : } Total des visites..... 2,604
 } Total des ordonnances. 25,298

Les médecins actuels du Dispensaire de l'Asile de la Providence sont : MM. les Drs A. Piché, A. B. Champagne, J. A. Leblanc, G. Archambault, F. X. Girard, A. Mathieu, Frédéric Demers, A. Gadbois, E. N. Fournier et Ls D. Mignault.

DÉCÈS

A Laprairie, le 24 Septembre, le Révérend Monsieur P. C. Dufresne, Chanoine de la Cathédrale de Montréal. Avant d'entrer dans le sacerdoce, M. Dufresne avait, pendant plusieurs années, exercé avec le plus grand succès la profession de la médecine dans la paroisse de Laprairie. Monsieur Dufresne était un des élèves dont se glorifiait l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal, dont il fut l'aumonier et à laquelle il fut toujours des plus dévoués.

En cette ville, le 6 Septembre, à l'âge de 14 mois et 5 jours, Georges-Henri-Armand, enfant de G. O. Beaudry, M. D.