

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

- Coloured pages / Pages de couleur
- Pages damaged / Pages endommagées
- Pages restored and/or laminated /
Pages restaurées et/ou pelliculées
- Pages discoloured, stained or foxed/
Pages décolorées, tachetées ou piquées
- Pages detached / Pages détachées
- Showthrough / Transparence
- Quality of print varies /
Qualité inégale de l'impression
- Includes supplementary materials /
Comprend du matériel supplémentaire
- Blank leaves added during restorations may
appear within the text. Whenever possible, these
have been omitted from scanning / Il se peut que
certaines pages blanches ajoutées lors d'une
restauration apparaissent dans le texte, mais,
lorsque cela était possible, ces pages n'ont pas
été numérisées.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Quelques erreurs en thérapeutique.

Dans une étude que je fis l'an dernier, intitulée : " Quelques considérations thérapeutiques au sujet de la médication alcoolique dans la pneumonie, " j'essayai de démontrer que la thérapeutique, accusée si souvent d'incertitude et d'impuissance était une partie de la médecine qui avait fait des progrès des plus satisfaisants, que d'elle-même elle avait apporté une noble part à l'édifice scientifique, et que ses oscillations lui étaient venues des différents systèmes de médecine qui, se succédant les uns aux autres, révolutionnaient les idées de la maladie et du traitement.

Aujourd'hui, au lieu de revenir sur mes pas, comme le titre de ce travail pourrait donner à entendre de prime abord, et de détruire ce que j'ai édifié, je veux essayer de prouver que la thérapeutique tombe quelquefois dans des erreurs qui ne peuvent que jeter du discrédit sur son mérite réel. Le travail de l'homme d'étude est comme le ruisseau du mineur, il sépare l'or du minerai et du gravier inutiles, et le présente pur de tout alliage trompeur. Notre ambition à tous doit être d'affranchir la thérapeutique de toutes ses erreurs, d'en faire une chose inattaquable comme le mérite dégagé de toute faiblesse, pure comme l'or du mineur ; ainsi constituée, ses détracteurs deviendront ses adorateurs.

La saignée a bien été un des agents thérapeutiques dont le praticien pendant longtemps, réclamait le plus souvent le secours. Son usage est presque complètement abandonné aujourd'hui.

La saignée comme traitement essentiel, unique, n'avait certainement pas sa raison d'être ; comme aujourd'hui l'on n'a peut-être pas également raison de la prescrire, comme nous le faisons. Son abus a été sa perte, et il est bien prouvé que ses contre-indications devaient être plus nombreuses qu'elles ne l'étaient. Cependant, est-il convenable de s'en abstenir complètement, n'existe-t-il pas des états pathologiques où son emploi est certainement judicieux : Je réponds : oui, et nous allons le voir dans les lignes qui suivent :

Si la lancette n'a jamais eu sa place dans la pléthore *quoad crasim* des anciens, dans cette pléthore où le chiffre des globules semble surtout jouer le rôle principal, est-on justifiable de ne pas y avoir recours continuellement dans cette autre pléthore, connue sous le nom de *plethora ad vasa*, où la tendance à produire le fibrine paraît l'emporter sur la tendance à produire l'élément globuleux ? Certainement en faisant la distinction nécessaire dans ces deux conditions morbides, on est obligé de conclure que la pléthore fibrineuse doit être soumise à la saignée. A ce sujet, je ne puis m'empêcher de mentionner ici en passant, une troisième variété de pléthore ou d'hyperhémie, (puisqu'on l'appelle aussi de cette manière) ou les émissions sanguines, qui paraîtraient y trouver d'abord leur indication, ne doivent pas être employées.

« Il est des individus dit l'éminent clinicien Trousseau, chez qui la force de sanguification proprement dite est si énergique, que tout chez eux se transforme en sang, et qu'ils sont comme affectés d'une sorte de coagulation ou de fonte sanguine, si l'on veut nous permettre ces expressions empruntées à la pathologie. De même, en effet, que chez certains scrofuleux arrivés au dernier degré de la fonte tuberculeuse générale, mais qui continuent à manger beaucoup et à digérer convenablement toute la substance digérée, comme toute celle que l'absorption enlève à l'organisme, se transforme en pus tuberculeux ; de même que chez les individus affectés d'une diathèse hydropique considérable, tous les matériaux venus du dehors et du dedans sont converties en sérosité, et que chez les polysarciques, ils se convertissent en graisse, etc. ; de même aussi il est des sujets à tempérament sanguin si prononcé, que la force plastique n'agit presque qu'au profit de l'hématose, en l'épité de la sobriété quelquefois très grande de ces personnes. »

Chez cette sorte de pléthoriques, l'abstention complète est réellement *scientifique*, car nous dit encore Trousseau, « la saignée alors ne fait que favoriser la pléthore, comme si l'appareil circulatoire déchargé de l'excès de matériaux qui pouvait opprimer ses forces, n'était devenu que plus apte à une sanguification très active. »

Il résulte donc que dans les trois variétés de pléthore que nous avons sous les yeux il y en a une que la lancette seule peut secourir, et qu'elle doit secourir ; il y en a deux à qui elle ne peut être que nuisible. C'est ici que le médecin doit être plus *hématologiste qu'anatomiste* ; car l'hématologie seule éclairant son diagnostic, rectifiera son traitement.

La pneumonie, n'est plus à la merci de la saignée. Les médications contro stimulantes de Rasori, stimulantes de Todd,

toniques de Bennett, expectante de Delt, sont chargées de l'attaquer. Je ne contesterai pas l'efficacité d'aucune de ces médications, qui toutes basées sur la statistique, nous prouvent qu'avec des chiffres on bâtit et détruit tour à tour, seulement je demanderai pourquoi la saignée est-elle ici complètement abandonnée? Voyons ce qui se passe dans la pneumonie et si elle ne doit pas réclamer le secours de la lancette.

La première période de la pneumonie est caractérisée par une stase sanguine, qui se prolongeant trop longtemps conduit à la deuxième période, à l'hépatisation rouge. Celle-ci peut bien être appelée la période d'état de la pneumonie, jusqu'à ce que le *crépitus* humide vienne nous dire que la liquéfaction commence à se faire et que la troisième période est arrivée avec l'expectoration. Voilà en résumé comment se comporte l'inflammation pulmonaire le plus ordinairement.

Période de congestion. Quand le médecin est appelé dès cette première période, sa conduite ne doit-elle pas être la même que lorsque il a affaire à une victime d'un *raptus* sanguin cérébral. La saignée large ne rétablira-t-elle pas alors la circulation sanguine là où elle est arrêtée, là où la masse du sang tend à se solidifier ou à briser son enveloppe. La première phase de l'hémorrhagie cérébrale comme de la pneumonie, ne peut, il nous semble, voir son *molimen hemorrhagicum* disparaître que sous l'action de cette médication énergique.

Deuxième période. Quand dans cette période d'hépatisation une congestion généralisée survient tout à coup, congestion qui se reconnaît immédiatement aux symptômes d'asphyxie qui apparaissent, la thérapeutique, se basant sur une notion pathologique certaine, ne crie-t-elle pas alors de recourir promptement à la saignée? N'est-ce pas au milieu d'une congestion que l'on n'avait pas prévue, que l'on a négligé d'enrayer par une saignée copieuse que le pneumonique a passé bien souvent, de vie à trépas?

Donc dans une inflammation des poumons deux indications de saigner: au début de la première période, et quand une congestion violente survient, dans la deuxième période plus particulièrement,

La congestion pulmonaire ne survient pas seulement dans le cours d'une pneumonie, elle est souvent une maladie intercurrente. Ainsi on la voit survenir dans le cours d'une fièvre typhoïde, de certaines autres fièvres éruptives, dans l'inflammation rhumatismale, etc. A chaque fois qu'elle se présente, il faut la considérer comme une maladie essentiellement indépendante de celle qu'elle vient compliquer et la traiter en conséquence, quelque contradictoire que puisse être la saignée

avec le traitement suivi dans la fièvre typhoïde ou dans le rhumatisme inflammatoire etc.

Trousseau recommande l'émission sanguine dans un état pathologique bien autre que ceux que je viens d'indiquer, puisqu'il ne craint pas de s'en servir dans la chlorose. Le fer, dit-il ne guéri par aussi sûrement la chlorose et le plethore séreuse chlorotique qu'une bonne alimentation le plethore séreuse *post-hémorrhagique*. C'est que celle-ci n'est pas une maladie. L'état chlorotique va se trouver amendé, guéri en apparence par les ferrugineux. On suspend l'usage de ceux-ci, et les accidents reparaissent. On conjure ceux-ci, une seconde fois, mais moins facilement, par les mêmes moyens, une troisième fois pas du tout. C'est alors, que, s'il y a pléthore vasculaire dans une constitution forte, absence de toute lésion organique accomplie ou imminente, et surtout que la malade soit exempte des *peines de cœur, d'affections morales*, dont l'influence cachée explique si souvent le caractère rebelle de la chlorose c'est alors qu'on se trouve bien d'une petite saignée, et que cette faible évacuation peut rendre l'appareil de l'hématose et de la circulation de nouveau sensible à l'action du fer.

Malgré la grande révolution qui s'est opérée depuis un quart de siècle surtout, et qui a mis la saignée au dernier rang des puissances thérapeutique, c'est donc faire erreur que de l'abandonner complètement, et c'est faire erreur particulièrement que de ne pas y recourir dans les cas que nous venons de considérer.

L'ignorance de la maladie a conduit à une saignée aveugle pendant longtemps: rien d'extraordinaire que son abandon actuel. Mais c'est justement à cause qu'il est facile de constater cette ignorance, c'est à cause que nous comprenons parfaitement que la généralisation d'un agent thérapeutique semblable aussi puissant ne pouvait être que nuisible, que la réaction doit s'opérer et qu'il est bon de se demander s'il est vraiment juste de prescrire la saignée en tout et partout, et si elle doit être désormais et toujours un *noli me tangeré*.

Broussais ne sachant pas encore que la fibrine est diminuée dans la fièvre appelait la fièvre typhoïde, gastro-entérite et prescrivait en conséquence les saignées répétées. Mais la doctrine Broussaisienne a fait son temps, et parcequ'elle a été enfantée dans l'erreur faut-il prendre en horreur les émissions sanguines?

Le rhumatisme est une maladie où le sang souffre plus dans sa qualité que dans sa quantité, les analyses nous ont conduit à cette découverte: nos ancêtres de cinquante ans passés ignoraient cela et saignaient quand nous nous faisons tous les efforts

possibles pour modifier l'altération morbide du sang : parce nos pères ont érré, faut-il que nous criions toujours : a bas la saignée. Non je le répète : l'abstention complète est aussi ridicule de nos jours que l'abus d'autrefois.

Les émissions sanguines ne sont pourtant pas complètement abandonnées ; et si la saignée générale est une puissance de dernier ordre, la saignée locale est bien elle une puissance de premier ordre. En effet celle ci trône bien de nos jours comme une de nos ressources thérapeutiques les plus merveilleuses. Et cependant s'est-on jamais demandé son *modus operandi* sur une lésion organique quelconque ? est-on jamais capable de s'avouer que l'écoulement sanguin par une saignée locale doit dégorger les vaisseaux congestionnés d'un organe interne ? Prenons un exemple : Nous avons à faire à un de ces états pathologiques de l'estomac, où l'irritation est développée à un haut degré, où le vomissement est opiniâtre ; on appliquera la saignée locale avec force ventouses. Une première émission est insuffisante, on pratiquera une seconde, etc. Comment l'écoulement sanguin va-t-il ici décongestionner l'estomac ; son système circulatoire n'est-il pas indépendant des vaisseaux externes ? est-ce que ceux-ci vont le nourrir, ou ne servent-ils pas à la nutrition d'autres parties du corps ?

(à continuer).

Ville St. Henri.

SEVERIN LACHAPPELLE, M.D.

Bibliographie.

Traité élémentaire d'Histologie, etc., par le Dr J. A. FORT, 2^e édition entièrement refondue. 1 volume in-8, p. p. 736. Paris, chez Delahaye. Montréal, chez Cadieux & Derome.

L'extrême importance des études histologiques est aujourd'hui reconnue par tous ceux qui ont suivi et approfondi les découvertes dans les sciences médicales pendant ces dernières années, et dont le jugement ne s'est pas laissé entièrement aveugler par un esprit d'opposition—encore trop fréquent de nos jours, à tout ce qui est nouveau.

L'application du microscope, d'abord à la physiologie, puis à la pathologie, est sans doute le plus grand pas qu'ait fait la

Médecine depuis un demi-siècle, puisqu'il a, pour ainsi dire, remanié ces deux branches des sciences médicales. Sans le microscope, la structure intime de nos tissus et organes, soit à l'état de santé, soit à l'état de maladie, ainsi que les phénomènes multiples qui s'y passent, restaient pour nous lettre morte. Or, comme la médication rationnelle, la seule véritable, après tout, est entièrement subordonnée à la nature essentielle des phénomènes dont les éléments anatomiques sont le siège, il s'en suit que les découvertes fournies par les recherches histologiques ont également remanié la thérapeutique. Si, aujourd'hui, nous sommes mieux en état de saisir et de comprendre les entités morbides dont les divers appareils de l'économie peuvent être le siège, la raison en est que nous connaissons, au préalable, et cela, grâce à l'Histologie, la nature, les procédés de formation, et les modes de développement des éléments qui entrent dans la composition de ces appareils. C'est à l'Histologie que nous devons les grandes découvertes faites dans le domaine de l'anatomie pathologique dans ces derniers temps, et il est impossible à l'étudiant de comprendre même la première page des traités de pathologie adoptés aujourd'hui dans toutes les écoles, s'il n'a pas tout d'abord une connaissance parfaite de l'anatomie microscopique.

Il semble que je ne devrais pas être obligé d'insister sur ces faits, et que la nécessité des études histologiques est suffisamment patente, sans qu'il soit besoin, pour l'établir, de faire appel à aucune argumentation. Malheureusement, il n'en est pas ainsi pour tous, et il est encore, dans le monde médical des esprits qui s'obstinent à ne pas vouloir entendre parler de ces innovations comme ils les appellent.

L'ouvrage du Dr Fort, nous semble très propre à initier l'élève à la science histologique. L'auteur n'invente rien. Il s'est inspiré des travaux les plus récents publiés en France et à l'étranger, bien qu'il n'ait pas hésité à donner sa propre opinion, quand il a cru devoir le faire.

" Dans les descriptions, dit-il, nous avons recherché la méthode et la clarté. Nos articles, complets, représentent l'état de la science sur le sujet, et nous avons eu soin, toutes les fois que cela était nécessaire, de mettre en regard, l'opinion des microscopistes français et celle des principaux savants allemands

" Nous avons intercalé dans le texte un nombre considérable de figures; nous nous sommes attaché à ne produire que des dessins parfaitement nets, sachant combien il est difficile d'étudier avec profit une figure trop complexe.

" L'ouvrage est imprimé en caractères entièrement neufs, et

tiré sur beau papier collé, pouvant recevoir des annotations à l'encre. L'exécution typographique ne laisse rien à désirer...."

Il n'y a, dans tout cet exposé, rien que de très vrai et de très juste, et l'auteur n'a, en aucune façon, exagéré les mérites de son livre. La netteté du style, la sobriété des descriptions, la clarté de la méthode et le soin tout particulier qu'a pris le Dr Fort de reproduire l'opinion des savants les plus autorisés sur la matière, tels que Virchow, Kalliker, Conheine, Frey, Todd et Bowman, Robin, Cornil et Ranvier, etc., recommandent ce traité d'Histologie à tout esprit sérieux et avide de science.

DR. H. E. D.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET CLINIQUE MÉDICALES.

Du traitement thérapeutique des tuberculeux ; par le professeur PETER, médecin de la Pitié.—(Suite et fin)—Il y a les formes *traitables* (je ne dis pas "curables") et les formes *intraitables*.

Voyons d'abord ce qu'il en est des premières.

En tête de celles-ci se place la tuberculisation hypéréémique sans fièvre, avec intégrité de l'appareil digestif.

Tout ce que je vous ai dit de général sur le traitement des tuberculeux s'applique principalement à la tuberculisation hypéréémique sans fièvre, avec intégrité des fonctions digestives ; laquelle (je ne saurais trop le répéter) est heureusement de beaucoup la plus fréquente dans la pratique de la ville. Et c'est ce que je voudrais qui ressortît de ces leçons destinées à compléter, et surtout à rectifier les notions recueillies à l'hôpital. C'est dans cette forme que l'hygiène a une si grande influence, dans cette forme aussi que l'hydrothérapie et le fonctionnement régulier de la peau jouent un rôle si important, et qu'enfin la révulsion est si efficace.

Il faut considérer, en effet, que la tuberculisation hypéréémique sans fièvre reste longtemps, anatomiquement et fonctionnellement, à la période de "tuberculisation commençante". Ainsi tel individu que je pourrais citer a, depuis dix ans et

davantage, sa tuberculisation pulmonaire au degré où on l'observe chez tel autre au bout d'un mois. Je vois, par exemple, avec un des médecins les plus distingués de Paris, le docteur J. Worms, une dame de trente-quatre ans, qui s'est tuberculisée à la suite et par le fait des privations du siège de Paris. Sa première hémoptysie date du commencement de 1871, et aujourd'hui, en 1879, huit ans après le début de cette affection, on ne trouve que quelques craquements humides dans le quart supérieur du poulmon gauche, avec un peu de souffle, des froissements pleuraux et quelques rares craquements secs dans la fosse sus-épineuse droite. Dans les huit années qui se sont écoulées, cette dame a eu de nombreuses et parfois formidables hémoptysies, hémoptysies abondantes à ce point qu'elles produisaient des lipothymies.

Eh bien, malgré huit années écoulées, malgré les hémoptysies, cependant la maladie est, comme je viens de le dire, excessivement peu étendue; de telle sorte qu'enfin le médecin qui la soigne, étonné de la marche d'une pareil affection, qu'il avait jugée d'abord et avec raison d'origine tuberculeuse, se demandait s'il n'avait pas affaire à des hémoptysies d'origine cardiaque et s'il ne s'était pas trompé dans le jugement qu'il avait porté primitivement sur la nature du mal c'est précisément pourquoi j'étais consulté.

En réalité, cette dame est bel et bien tuberculeuse, mais, tuberculeuse sous la forme hypéréémique sans fièvre; tuberculeuse avec intégrité absolue de l'appareil digestif; tuberculeuse avec conservation d'un certain embonpoint; tuberculeuse qui dirige sa maison, va dans le monde et y brille par ses talents de musicienne.

J'ajoute maintenant, quant au traitement, qu'il n'a pas été indifférent à la marche si remarquablement lente de l'affection; le médecin ayant, lorsqu'il le fallait, fait de la révulsion par les vésicatoires volants, et ayant eu surtout l'extrême bon sens de très peu médicamenter sa malade; ne lui donnant guère, lorsqu'il le jugeait convenable, que de petites doses d'arsenic pendant une quinzaine de jours par mois, la nourrissant bien et se gardant de la séquestrer.

C'est dans ces cas également que des pointes de feu, par la cautérisation ponctuée très superficielle, rendent de réels services; ou encore qu'un exutoire, appliqué au bras et entretenu indéfiniment, est des plus salutaires.

J'ai cité tout à l'heure un exemple de cette forme hypéréémique sans fièvre, où la révulsion et l'hygiène furent d'une telle puissance, emprunté à la pratique d'un médecin de premier ordre. Voici un autre cas que me fournit mon savant

ami docteur Ferrand, où l'hygiène fit à peu près exclusivement les frais de la guérison, ou mieux de la prolongation indéfinie de l'existence :

“ Un jeune homme, fils de parents bien portant (la mère souvent souffrante est cependant morte âgée), eut vers dix-huit ans une abondante hémoptysie à la suite de laquelle Récamier le déclara phthisique. Repoussé pour ce motif d'une communauté dans laquelle il désirait entrer, il fit l'éducation de quelques jeunes gens chez lesquels il trouva une vie active et un régime largement réparateur.

“ Quelques années après il pouvait donner suite à ses premiers projets d'avenir et aujourd'hui, âgé de soixante ans, il mène encore la vie laborieuse de cette communauté, se levant à quatre heures du matin, etc.

“ Une fois cependant (il y a de cela dix ans environ), à la suite de fatigues excessives dues à de grandes prédications, les signes thoraciques se reproduisirent (craquements humides manifestes) vers les deux sommets. Une hygiène plus sagement ménagée permit encore une fois de conjurer pleinement le danger.”

Voici encore un autre fait emprunté à la pratique du même judicieux médecin :

“ Un jeune homme de vingt-deux ans est atteint d'une forte hémoptysie que je constate. Son frère est mort phthisique à dix-huit ans; un frère de son père est mort probablement phthisique et encore jeune.

“ Après un séjour de deux hivers en Afrique et une saison aux Pyrénées, ce jeune homme, qui avait eu des signes (craquements) vers les sommets, revient guéri, il se fixe à la campagne, s'adonne à la culture et s'y emploie fort activement.

“ Il se marie, a successivement quatre enfants, dont un seul meurt en bas âge. L'aîné a aujourd'hui douze ans. Le père en a plus de quarante et se porte à merveille.”

Je ne ferai que mentionner sommairement le cas d'un homme qui mourut à plus de soixante ans, après avoir eu à diverses époques de sa vie de fortes hémoptysies, et qui ne prolongea ainsi son existence que grâce à une hygiène rigoureuse au point d'en être, dit M. Ferrand, suspecté de manie. Il était néanmoins si bien tuberculeux, que ses six enfants sont morts avant lui ou d'arthrite tuberculeuse, ou de phthisie pulmonaire.

Ces faits d'autrui, je les cite beaucoup plus volontiers que les miens, qu'ils confirment et corroborent.

Dans la forme chronique des auteurs, c'est-à-dire dans la tuberculisation pulmonaire chronique avec fièvre, soit inter-courante, soit terminale, il faut considérer deux phases : une

première correspondant à la forme hyperémique sans fièvre; laquelle reste telle au début et pendant un assez long temps; et une seconde phase où la fièvre apparaît.

Le danger possible de cette forme est dans le passage de l'hyperémie à la phlegmasie et de la phlegmasie circonscrite à une phlegmasie plus étendue. Le danger encore est surtout dans le retentissement de la lésion locale sur le grand sympathique vasculaire du poumon, et dans le retentissement ultérieur du grand sympathique vasculaire du poumon sur le grand sympathique général, de façon à ce que la fièvre s'allume, auquel cas le péril est double: la fièvre symptomatique de la lésion pulmonaire, qui s'étend et s'aggrave, déterminant une altération telle de l'organisme, qu'une nouvelle germination tuberculeuse à marche rapide va s'ajouter, par le fait même de la fièvre et avec une forme particulière, aux lésions primitives, et empirer d'autant l'état du malade.

C'est dans de telles conditions qu'il importe d'agir et le plus vite et le plus énergiquement: ventouses scarifiées ou sangsues, si le sujet est suffisamment robuste; vésicatoires d'abord, teinture diode ensuite, si le malade est moins résistant; exutoire au bras placé en permanence; préparations kermétisées si l'expectoration le réclame; arsenic, alternant avec le sulfate de quinine; pour alimentation, laitage, œufs, viande, quelque chose comme l'alimentation d'un carnivore. Malheureusement cette forme est déjà moins docile à la thérapeutique que la précédente; mais la encore l'hygiène doit intervenir et, malgré l'étendue des lésions, malgré la fièvre symptomatique, le déplacement est de rigueur. De la ville il faut indispensablement aller à la campagne; si le malade à été primitivement atteint à la campagne, le déplacer l'hiver, en vue de lui faire passer la mauvaise saison dans une contrée où il puisse, comme nous l'avons dit si souvent, vivre impunément, plusieurs heures durant, de la vie extérieur.

Il faut avoir vu, comme il m'a été donné de le voir, de très nombreux cas de cette forme déjà plus grave de la tuberculisation pulmonaire, pour ne pas hésiter à pratiquer une médication locale suffisamment énergique, en révélant aux parents et même au malade la gravité actuelle de sa situation; leur faisant entrevoir néanmoins, comme correctif, l'éventualité réalisable du rétablissement ou tout au moins de la prolongation de l'existence.

Il ne faut pas hésiter davantage à conseiller une réforme complète dans l'hygiène sous toutes les formes, dans l'hygiène du milieu, comme dans celle de l'alimentation et du moral.

Quant à la médication interne, elle doit s'inspirer des divers

éléments morbides en action ; soit qu'il s'agisse de troubles de l'appareil respiratoire, de l'appareil digestif ou du système nerveux, ce que j'ai dit antérieurement trouve ici sa place.

Les deux formes que je viens d'indiquer sont des formes traitables. Une troisième, qui semble devoir l'être moins et qui, cependant, n'est pas absolument rebelle à la thérapeutique, est la forme infiltrée ("pulmonie caséuse" des modernes). Ce qui en fait la gravité, c'est la fièvre ; mais cette gravité n'est que relative, si l'appareil digestif reste intact ou à peu près malgré l'état fébrile.

Alors, en effet, on a le droit d'espérer que la médication révulsive locale sera puissante contre la lésion. C'est dans ce cas encore qu'il ne faut pas hésiter à faire de la médication anti-phlogistique, générale avec réserve, mais locale d'une façon moins réservée. Je veux dire que si en ville, et à Paris, il n'est guère possible de pratiquer une saignée du bras, l'opportunité de cette émission sanguine peut être réalisée en province et surtout à la campagne. Quant à l'émission sanguine locale, il ne faut pas la redouter, mais en attendre beaucoup, au contraire. En tout cas, et ici je ne craindrai pas d'être considéré comme paradoxal, l'application d'un grand vésicatoire au point où se perçoivent le souffle de l'infiltration, les craquements humides et les gargouillements commençants, est absolument indispensable et presque toujours efficace, au moins quant à la localisation du mal et à son arrêt momentané ou définitif.

C'est dans ces cas également que les préparations kermétisées sont de rigueur. Je donne volontiers une potion composée d'extrait de quinquina et de cognac (4 grammes de l'un et 40 grammes de l'autre pour 100 grammes de julep), alternant d'heure en heure avec une potion kermétisée à 20, 30 ou 40 centigrammes de kermès pour 100 grammes de potion. Chacune d'elles s'adresse à un élément morbide distinct.

Il faudrait bien se garder de croire que cette médication soit toujours suivie de succès ; mais, dans le cas que je précise, c'est-à-dire alors que, malgré la lésion et malgré la fièvre, l'estomac reste intact et qu'il en est ainsi des intestins, on peut encore espérer, par la médication que j'indique, triompher du mal. J'en ai des exemples nombreux, et tout médecin occupé pourrait en citer d'analogues.

En voici un que je ne peux résister au plaisir de mentionner : Mon ami le docteur Ferrand soignait une jeune fille qui fut reconnue tuberculeuse par Barth et lui. Elle se maria (ce n'est pas ce qu'elle fit de mieux : elle en mourut comme on va voir), devint mère, et sous l'influence de ce nouvel état social

et physiologique, présenta à plusieurs reprises de petites poussées successives avec congestion du sommet de l'un des poumons de la fièvre, puis du ramollissement, qui aboutit enfin à la formation d'une petite caverne.

Cependant, sous l'influence d'un traitement antiphlogistique et révulsif, on constatait la disparition graduelle des signes cavitaires, en même temps que la fièvre cessait et que se rétablissait la santé générale.

Mais ce qu'il y eut de curieux dans cette observation, c'est qu'un professeur de mes collègues, appelé près d'elle en consultation dans une de ces phases fébriles de la maladie, constata l'existence d'une caverne et en porta un pronostic prochainement mortel. Or, cette malade, traitée par les révulsifs, puis bientôt après transportée à la campagne où elle passa tout l'été, fut revue six mois plus tard par le même professeur, qui chercha vainement et avec une certaine surprise la caverne qu'il avait constatée antérieurement, et dont il ne pouvait pas méconnaître la guérison.

Cette dame, il est vrai, "succomba après plusieurs reprises d'une semblable évolution pathologique, épuisée par trois grossesses successives et rapprochées, et par le fait de l'extension de la tuberculose au péritoine abdominal et pelvien."

Telles sont les formes traitables de la tuberculisation pulmonaire: je ne dis pas qu'elles soient curables, mais les faits démontrent qu'elles sont tout au moins justiciables d'une médication rationnelle et suffisamment énergique; c'est là un des côtés les plus consolants et les plus utiles à la fois de la longue étude que nous avons faite.

Maintenant je n'ai plus à dire, hélas! que quelques mots sur les formes *intraitables*. Autant il faut avoir d'espoir, de courage, d'audace et d'initiative, autant il faut savoir s'inspirer des conditions si variables du malade et de son milieu, dans les formes traitables; autant on a lieu de désespérer dans les formes *intraitables*; lesquelles sont: la *phthisie chronique fébrile continue*, la *phthisie galopante* et la *phthisie aiguë*. Là on ne peut, en aucune façon, concevoir la pensée d'enrayer la marche du mal; théoriquement, le processus inflammatoire local ou tout au moins congestif, la fièvre qui en est l'expression, on pourrait les croire justiciables de la médication antiphlogistique ou contro-stimulante; il n'en est rien, et pratiquement, nous avons vu précédemment la déplorable impuissance de cette médication rationnelle dans ces formes de la tuberculose. On ne peut que soulager le malade ou s'efforcer d'amoindrir ses souffrances. C'est de ces formes qu'on peut répéter avec vérité ce que Fonsagrives dit de la phthisie pul-

monaire en général : " C'est une maladie qu'on ne guérit pas, mais qu'on panse."

Conclusion.—De toute cette étude il résulte que les formes de la tuberculisation pulmonaire les plus fréquentes de beaucoup sont les formes *chroniques*.

Des formes chroniques les plus fréquentes heureusement sont les formes *apyrétiques*.

Parmi les formes chroniques, il en est qui sont incidemment *pyrétiques*, avec des périodes de remission plus ou moins prolongées.

En troisième lieu, il y a des formes de tuberculisation pulmonaire *pyrétiques* sans rémission de la fièvre.

En quatrième lieu, ces formes sont *primitives* ou *succèdent* aux formes *apyrétiques*; auquel cas elles présentent une moindre gravité que lorsqu'elles sont primitivement *pyrétiques*.

Enfin, je ne fais que mentionner la phthisie galopante et la phthisie aiguë, qui sont absolument réfractaires à nos moyens d'action thérapeutique.

J'ajoute que les quatre grandes formes que je viens d'indiquer, et surtout les deux premières, sont beaucoup plus fréquentes à la ville qu'à l'hôpital; de sorte que la phthisie pulmonaire qu'on observe dans la clientèle civile a, en réalité, une moindre gravité que la phthisie pulmonaire classique, décrite surtout d'après des types d'hôpital.

Dans les deux premières formes, qui sont traitables, 1^o *veiller à l'intégrité digestive*; 2^o *combattre les incidents fébriles possibles*, tel est le double but qu'il ne faut jamais oublier.

En fait, et ceci n'est pas un paradoxe, le tubercule a une tendance naturelle à guérir sur place :

1^o Il guérit par ramollissement et expulsion; seulement il y a dommage alors pour le poumon, qui en est plus ou moins troué, mais qui peut se cicatriser à la suite;

2^o Il guérit par le passage à l'état crétacé.

Et, dans chacun de ces deux derniers états, il est inerte pour le poumon qu'il est désormais dans l'impuissance d'offenser.

J'ai dit que le tubercule était guéri; je serais plus exact en disant qu'il a cessé d'évoluer, qu'il a cessé d'être, qu'il est *mort*.

Le problème thérapeutique est donc de *permettre au tuberculeux DE SURVIVRE à ses tubercules*.

Eh bien, dans un grand nombre de cas, ce problème n'est pas insoluble.—*Bulletin général de Théraputique médicale et chirurgicale*.

Du traitement du rhumatisme articulaire par le salicylate de soude.—Comme ancien lecteur du *Bulletin* et habitant une contrée où les rhumatismes articulaires aigus se rencontrent fréquemment, permettez-moi d'apporter une légère contribution à l'histoire du salicylate de soude employé pour la guérison de cette maladie. Depuis deux ans, je n'ai plus traité un seul cas de rhumatisme articulaire aigu sans employer presque exclusivement cette substance. Je n'exagère pas en affirmant que j'ai obtenu, à l'aide de la médication salicylique, des succès tels que je ne comprends plus aujourd'hui les hésitations et la méfiance de certains médecins à l'égard de ce traitement. Ces lignes me sont inspirées par la lecture de la correspondance si intéressante de M. le docteur Victor Pages dans le numéro du 30 août dernier, et je commence par déclarer que mes conclusions ne diffèrent des siennes que par une confiance plus absolue dans l'efficacité du remède que je reconnais pour le vrai spécifique du rhumatisme articulaire aigu. Qu'est-ce, en effet, qu'un spécifique? C'est bien, suivant la définition de M. Littré, "un médicament qui exerce une action spéciale sur telle ou telle maladie en particulier, qui en prévient le développement ou en procure presque constamment la guérison." En bien, j'affirme que, si je compare les résultats que me donne le salicylate de soude à ceux que m'offraient autrefois les émissions sanguines, le nitre à hautes doses, le colchique, le sulfate de quinine, la vératrine, etc., remèdes à l'aide desquels je n'ai jamais pu faire disparaître le mal dans l'espace de quelques jours et à l'égard desquels j'étais même devenu tellement incrédule, que, dans ma conviction, la morphine, administrée concurremment, produisait infiniment plus de soulagement que les médicaments en question; si je compare, dis-je, les effets du salicylate à ceux des autres remèdes susindiqués, je ne comprends plus pourquoi on refuse à la médication salicylique le titre de médication spécifique.

Le sulfate de quinine est moins sûr dans les effets produits sur la fièvre intermittente, le mercure guérit moins sûrement la syphilis, l'iode moins sûrement les affections strumenses, que le salicylate de soude guérit le rhumatisme articulaire aigu. Je déclare formellement que, depuis l'époque où j'ai commencé à soumettre mes malades à ce traitement, je n'ai pas eu un seul insuccès. Toujours, absolument toujours, la maladie a cédé en très-peu de temps, et j'ai rencontré des malades fort nombreux que je voyais pour la première fois le huitième ou le dixième jour de la maladie, quand quatre ou cinq, et quelquefois encore plus d'articulations étaient tuméfiées et horriblement douloureuses, quand une sueur abondante baignait les

pauvres malades ; eh bien, 4 grammes de salicylate de soude divisés en huit paquets (à donner toutes les demi-heures un paquet dans un demi-verre d'eau sucrée) et répétés pendant les trois, rarement pendant les quatre premiers jours, par conséquent, en tout, 12 à 16 grammes suffiraient régulièrement pour remplacer les plus affreuses souffrances par un bien-être immense, par la disparition des phénomènes locaux, de la fièvre, par le retour du sommeil ; et, dans bien des cas, le traitement était alors terminé, les malades étaient guéris. J'affirme que, plusieurs fois, des malades habitant la campagne et que j'avais pris en traitement quand le rhumatisme était déjà généralisé, ne voulaient plus, au bout de cinq à six jours, se soumettre aux mesures de précaution que je croyais encore devoir leur recommander, et qu'au bout de ce temps ils ont repris leurs occupations, leur genre de vie antérieur, sans avoir à s'en repentir. D'autres—et ce sont les plus nombreux—n'étaient pas absolument quittes de leurs souffrances, il persistait quelques douleurs vagues qui, dans plusieurs cas, et surtout lorsqu'ils commettaient quelque imprudence, s'exaspéraient et reprenaient une intensité toujours moindre qu'à la première attaque, mais assez forte, néanmoins, pour commander le retour au remède, lequel, alors encore, ne manquait pas de produire promptement l'effet voulu. Ainsi, j'ai traité beaucoup d'individus atteints de rhumatismes articulaires aigus, qui n'étaient définitivement guéris qu'au bout de vingt jours ou d'un mois. Mais quelle différence entre la situation de ces malades soumis au salicylate et celle des sujets traités suivant les anciennes méthodes ! Que de souffrances épargnées et surtout quelle promptitude dans le retour des forces et de la santé générale, comparativement à ceux qui, jadis, avaient traversé un rhumatisme articulaire aigu d'une durée de six à huit semaines et même davantage ! Les complications, du côté du cœur, doivent forcément devenir plus rares et moins graves ; car l'endocardite et la péricardite guérissent avant d'avoir pu prendre un caractère inquiétant, et surtout avant d'avoir pu engendrer une maladie organique quelconque du centre circulatoire. Cette dernière affirmation, je l'émetts avec une certaine réserve, parce que la médication salicylique n'est pas assez ancienne pour permettre de juger ses résultats au point de vue de ces résidus du rhumatisme. Cependant, il paraît naturel d'admettre que ces résidus ne seront plus ce qu'ils étaient autrefois ; j'ai, en effet, observé des péricardites rhumatismales qui guérissaient avec les arthrites concomitantes et sans que, plus tard, il persistât la moindre extension de la matité précordiale, le moindre bruit de frottement au péricarde. De même, j'ai

entendu des bruits de souffle dénotant un commencement d'endocardite, disparaître complètement avec le rhumatisme. Je constate, avec M. le docteur Pages, que la médication salicylique produit un ralentissement dans l'action du cœur; mais jamais je n'ai vu les pulsations descendre à 40 à la minute. Il est vrai que je n'ai jamais administré le salicylate à des doses aussi fortes que les siennes. En même temps que le ralentissement des contractions cardiaques, j'ai observé une diminution de la température bien sensible au thermomètre, diminution toujours très-prompte et considérable (1, 2 et même 2 degrés et demi). Le salicylate de soude est donc antipyrétique; mais il est en même temps le spécifique du rhumatisme articulaire aigu, car il fait disparaître promptement toutes ses manifestations sensibles et tout le monde sait que, dans cette maladie, la fièvre, appréciable au pouls et au thermomètre, n'est pas toujours en raison directe de la violence du mal; j'ai vu des rhumatismes très-cruels, accompagnés d'un état de fièvre moyen (85 à 90 pulsations et 38°,5), et ces cas étaient guéris aussi sûrement que d'autres dans lesquels la fièvre était plus intense. Tels sont les résultats obtenus par moi dans le rhumatisme articulaire aigu, et j'ai soin d'ajouter que jamais je n'ai été dans le cas de dépasser la dose de 5 grammes de salicylate dans les vingt-quatre heures; le plus souvent même, 4 grammes suffisaient.

Malheureusement, ce remède si efficace contre le rhumatisme articulaire aigu a complètement échoué entre mes mains, lorsqu'il s'agissait de traiter des rhumatismes musculaires, chroniques ou aigus, des affections névralgiques, la névralgie rhumatismale, c'est-à-dire cette névralgie, qui a tous les caractères symptomatiques d'une névralgie franche, mais qui se distingue de celle-ci par sa fugacité et parce qu'elle se manifeste ordinairement chez un individu déjà atteint d'un rhumatisme musculaire, auquel elle se substitue dans certains cas et pour un temps très-court. Contre ces sortes d'affections, je le répète, le salicylate s'est montré complètement inefficace entre mes mains. L'action antipyrétique du remède ne se manifeste pas dans la plupart de ces cas, parce que la fièvre est ici, en général, peu prononcée; dans des cas même où celle-ci se montrait plus ou moins forte, j'ai dû renoncer au salicylate, qui diminuait le pouls et la température sans guérir la maladie et sans même modifier la douleur.

Les injections de morphine, l'usage interne du chloral, les frictions excitantes ou autres, les révulsifs reprennent ici leurs droits; mais je ne puis laisser passer cette occasion sans conjurer mes confrères d'être sobres avec les injections sous-cutanées.

le malade en devient bien vite l'esclave, il subit une intoxication lente, et bientôt il tourne dans un cercle vicieux qui le fait recourir constamment à de nouvelles injections, pour se débarrasser des malaises et des souffrances qu'amène l'abus prolongé de la morphine, et je sais par moi-même ce qu'il m'a fallu d'énergie et de patience pour me déshabituer de ces injections après en avoir usé et abusé pendant cinq ans. J'ajoute, pour terminer ce que j'avais à dire sur l'emploi du salicylate de soude, que jamais, avec les doses que je prescrivis, ce remède ne m'a occasionné le moindre accident, ni chez les enfants, ni chez les adultes, ni chez les vieillards, et j'ai une confiance illimitée en son innocuité.

Dans une autre correspondance je me propose d'entretenir, si vous le voulez bien, les lecteurs du *Bulletin* de l'intoxication lente par les injections sous-cutanées des sels de morphine, et je ne m'appuierai, pour ce que j'aurai à exposer, que sur la longue expérience faite sur ma propre personne, expérience heureuse en ce sens qu'après cinq années d'abus de morphine, de souffrances et d'affaiblissement graduel, j'ai enfin réussi à renoncer aux injections et à retrouver une santé que je croyais perdue sans retour.—*Bulletin général de Thérapeutique médicale et chirurgicale,*

Le génie des petites doses, par le Dr. Rousseau, de Charenton.—J'ai eu l'honneur de célébrer plusieurs fois devant vous le génie des petites doses, ou, si vous le voulez, des médicaments administrés à doses fractionnées, réfractées dit-on encore. Je vous ai parlé du calomel associé à l'opium, donné selon la méthode anglaise, depuis l'épidémie de Gibraltar, contre les dysenteries épidémiques. Nous n'avons pas toujours des épidémies à notre service. Eh bien ! prenez vous-mêmes, en cas d'embarras gastrique vulgaire, cinq centigrammes de calomel à la vapeur, divisés en dix paquets, un paquet, toutes les dix minutes : les écluses seront ouvertes. Prenez un gramme à la fois et le barrage résistera.

Je vous le disais encore : dans les fièvres puerpérales, Stoltz (à qui Paris seul a manqué pour le rayonnement) appliquait des larges vésicatoires sur l'abdomen et donnait le sulfate de quinine à doses réfractées, cinq centigrammes toutes les dix minutes jusqu'à un gramme et deux grammes. Je ne connais pas, Messieurs — et je parle en praticien — de meilleur traitement. Essayez, sous l'égide de Stoltz, et vous serez convaincus.

Broussonet, de Montpellier, grand amateur d'ipéca, était dosimétriste au sens étroit encore de la réfraction des doses, et

à 80 ans, on l'entendait répéter chaque matin : *Ipéca, fractâ dosi.*

Parlerons-nous des syphilis invétérées que le sirop de Gibert à très-petites doses combat mieux, sans coup férir, que les doses massives d'iodure de potassium (n'en déplaise aux partisans de l'assommoir : c'est la mode) et d'iodure mercurieux ou mercurique ? Nous arrêterons-nous à l'oxyde de fer, nuisible ou infidèle quand on l'ingurgite à la façon des Gargantua, et que certaines eaux minérales actives recèlent mais qu'il faut y découvrir ?

Dans certaines dyspepsies rebelles, donnez tous les matins, jusqu'à nouvel ordre, selon l'excellente méthode du professeur Potain, des paquets de magnésie, charbon, peroxyde de manganèse, et fuyez les purgatifs à grand orchestre ; vous réussirez mieux. Je pourrais multiplier les cas où le génie des petites doses se révèle. Nous nous inclinons tous devant lui, dosimétristes ou profanes des deux mondes ; les profanes, avec leurs cuillerées toutes les heures. Choisissons au hasard quelques exemples.

Dans un cas de tétanos traumatique, le docteur Highet prescrivit soixante centigrammes de bromure potassique toutes les deux heures, dissous dans un peu d'eau. (*Glasgow méd*)

Comme anthelminthique, le docteur Marynokowski recommande l'emploi de l'acide salicylique contre le tœnia. Il donne cinquante centigrammes toutes les heures, quatre fois. (*Lo Sperimentale.*)

Dans le *Medical and surgical reporter*, le docteur John Morris, de Baltimore, s'élève avec vigueur contre l'abus qu'on fait trop souvent des médicaments à doses trop élevées. Les petites doses, dit-il, sont les véritables doses thérapeutiques des médicaments. Elles seules provoquent l'action physiologique. Ainsi la digitale, ainsi l'alcool, l'opium, etc.

Morris conclut :

1^o Que l'action physiologique réelle des médicaments est obtenue plus parfaitement par l'administration des petites doses fréquemment répétées ;

2^o Qu'ainsi donnés, les médicaments sont accumulatifs dans leur action ;

3^o Que l'effet des médicaments est grandement augmenté par la combinaison, le mode de préparation, le temps, le mode d'administration ;

4^o Que les doses massives des médicaments agissant fréquemment comme irritants, produisent un état anormal du sang, comme il est montré à l'évidence par la production des conditions telles que le narcotisme, l'alcoolisme, l'iodisme, le quinisme, l'ergotisme, etc.

Mieux vaut en effet douceur que violence et vous verrez, messieurs, que l'on inventera encore la dosimétrie.

Ce que j'ai dit souvent, je n'ose le redire. Avec les alcaloïdes, je sais ce que je fais ; voilà pourquoi je suis dosimétriste. S'il est un seul médecin au monde, professeur ou non, qui puisse en dire autant toujours, avec ses plantes et ses mixtures, je cesse de l'être. (*Rép. de dos.*)—*Revue de Thérap. Méd.-Chir.*

Traitement de l'incontinence d'urine, par FARQUHARSON.—L'auteur rappelle, d'après Power, cette observation de Goltz chez des chiens dont la moelle était coupée. Le contact de l'anus avec une éponge mouillée froide déterminait une évacuation de la vessie, d'où la possibilité de rattacher certaines incontinenes à des vers intestinaux. Dans un premier groupe l'auteur met les incontinenes se rattachant à une faiblesse de tout le système et plus particulièrement de la moelle lombaire. —Traitement : toniques, surtout petites doses de fer.

A un deuxième groupe appartiennent les cas les plus rebelles, ordinairement congénitaux, occasionnellement héréditaires, dus à une faiblesse nerveuse, ou à une irritabilité de la vessie avec prédominance du pouvoir expulseur. Cette énurésie est diurne ou nocturne, celle-ci beaucoup plus difficilement curable que celle-là. L'auteur n'a pas eu ici à se louer de l'ergot, il lui préfère la belladone qui n'agit qu'à une dose suffisante pour qu'elle produise ses effets physiologiques ; et dans tous les cas son action est purement palliative. L'auteur n'est pas partisan de la santonine vantée par M. S. Ringer.

Dans le troisième groupe M. Farquharson place les cas qu'il se représente comme de la nature des névroses, espèces de chorée à siège lombaire ; il cite un cas où une chorée véritable a remplacé une incontinence. Dans de telles formes, le sulfate de zinc lui a réussi ; la strychnine, l'arsenic ne lui ont paru avoir qu'une action tonique.

La diète maigre, donnée même comme un spécifique, et qui n'agirait qu'en diminuant l'acidité de l'urine, l'auteur la proclame inefficace ; l'urine des incontinents ne présente d'ailleurs rien de particulier ; bien plus un des cas les plus rebelles lui a été offert par un enfant qui refusait toute espèce de viande.

L'auteur ne doutant pas que la cause de la maladie ne siège dans la moelle lombaire, propose l'emploi des contre-irritants sur la région lombaire (*would it not be reasonable to attack the fons et origo malorum there by counter-irritation?*) Et il suppose que la chaleur pourrait produire une action opposée à

celle de l'éponge froide de Goltz. Le galvanisme doit aussi être essayé.

L'on réussira quelquefois en circoncisant ou incisant un prépuce trop long ou trop étroit, ou en élargissant avec Teevan un méat contracté. (*The Practitioner.*)—*Lyon médical.*

Efficacité du guarana paullinia dans le rhumatisme musculaire.—Le docteur RAWSON (de Philadelphie) préconise l'emploi du paullinia guarana toutes les fois que l'affection rhumatismale porte sur les muscles, sur leurs tendons, sur leurs aponévroses d'enveloppe. Il le fait prendre à la dose de 1 à 2 grammes par jour. C'est dans le traitement du lumbago que la paullinia donne les meilleurs résultats; le soulagement est presque immédiat après l'administration des premières doses; seulement il faut avoir soin de continuer l'usage du médicament pendant dix à quinze jours, si l'on ne veut pas voir les douleurs revenir douze à vingt-quatre heures après la suspension du traitement. (*Tribune médicale* du 15 décembre 1878 et *Philadelphia medical times*, août 1878.)—*Lyon médical.*

Etude expérimentale sur le traitement de l'obstruction intestinale.—M. Laborde resume ainsi les résultats auxquels l'ont conduit ses expériences de physiologie appliquée à la thérapeutique sur la question de la colique hépatique :

1^o Les conduits excréteurs biliaires sont doués de contractilité, et peuvent, par conséquent, entrer dans un état spasmodique sous l'influence d'une excitation directe ou indirecte; cette contractilité est de la nature de celle des fibres musculaires lisses de la vie organique, et l'existence de ces fibres dans les parois des dits conduits est démontrée par l'anatomie histologique, parfaitement d'accord ici avec la physiologie expérimentale.

2^o La muqueuse de ces mêmes conduits est douée d'une sensibilité très-vive, sensibilité se traduisant à la fois, sous l'action d'excitants plus ou moins intenses, par l'impression et l'expression douloureuses, par des phénomènes réflexes dont la manifestation immédiate est le spasme des canaux.

3^o Ces phénomènes sont particulièrement déterminés par la présence et le contact de corps étrangers (calculs biliaires), dont la migration spontanée est par cela même rendue très-

difficile, et ne s'accomplit, lorsqu'elle a lieu, qu'après un temps plus ou moins long, avec cette particularité que ces corps peuvent remonter vers et dans la vésicule biliaire.

4° Les médicaments dits *anesthésiques* et *antispasmodiques* sont les mieux appropriés au traitement de cet état morbide, dont il est facile de réaliser expérimentalement les conditions mécaniques.

5° Ces médicaments, notamment la *morphine*, le *chloroforme*, l'*hydrate de chloral*, agissent en exerçant à la fois une influence anesthésiante et paralysante, d'où résultent la cessation de l'état spasmodique, la distension des conduits et l'accumulation du liquide biliaire qui agit sur le corps d'une *vis à tergo*, et le pousse vers l'intestin.

6° L'association du chlorhydrate de morphine avec le chloroforme ou avec l'hydrate de chloral, c'est-à-dire l'administration simultanée de ces agents médicamenteux, constitue le moyen le plus puissant d'obtenir les résultats dont il s'agit, savoir : l'insensibilisation des conduits biliaires, partant l'empêchement de l'impression douloureuse, et l'influence favorable sur la migration et la sortie rapide des corps étrangers. (Trib. méd.) *Revue de Thérap. Méd.-Chir.*

Traitement de la diarrhée chez les tuberculeux,
par PETER.—1° *Diarrhée catarrhale*, régime et sous-nitrate de bismuth délayé simplement dans un peu d'eau. L'huile de foie de morue, si elle peut être incriminée, doit être remplacée par le koumys; additionner le lait, si utile aux tuberculeux, d'une cuillerée à café d'eau de chaux par tasse.

2° *Diarrhée par surcharge alimentaire et insuffisance digestive*, 1.50 d'*ipéca* d'abord, pour faire vomir, puis laxatif le lendemain, et alors surveiller le régime.

3° *Diarrhée par gastro-entérite par ulcérations*, régime sévère; petite quantité de lait, un œuf à la coque sans pain ou poché dans du bouillon, viande crue râpée par 20 gr. à la fois, vésicatoire volant à l'épigastre, bismuth, diascordium, thériaque, laudanum, enfin révulsion sur la peau abdominale avec des frictions sèches ou stimulantes (alcoolat de Fioraventi, de mélisse, eau de Cologne ou larges vésicatoires. Enfin, reste le nitrate d'argent en pilules de 0,01; une le premier jour, et aller progressivement jusqu'à 0,05. Graves est allé jusqu'à 0,25 cent.

4° *Diarrhée colliquative* contre laquelle la médecine est impuissante. (*Bull. théor.*, 30 avril.)—*Lyon médical.*

Injections intra-vésicales contre divers états morbides de la vessie, de la prostate et l'urèthre, par J. M. RAMOS.—Ce travail contient vingt observations originales de blennorrhagies compliquées ou non de cystite, de prostatite, d'arthrite, et traitées par des injections intra-vésicales. Le *modus faciendi* est des plus simples : on introduit dans la vessie une sonde de gomme élastique qui sert à retirer l'urine, et à laquelle on adapte la canule d'une seringue à hydrocèle, on pousse l'injection de 2 à 4 minutes suivant le degré de tolérance. La quantité de chaque injection varie de 70 à 140 grammes; la température doit rester entre 26° à 34°. Les liquides injectés consistent en une solution de nitrate d'argent, de sulfate de zinc, d'acide phénique à divers titres. La guérison s'obtient d'une manière générale et assez rapidement, même dans les cas demeurés rebelles à d'autres moyens de traitement.

Voici par quelles considérations l'auteur explique les résultats favorables obtenus par les injections vésicales : les maladies que ces injections sont destinées à combattre sont toutes des affections locales, et il faut employer un traitement local. L'administration, à l'intérieur, du copahu, du cubèbe, du goudron, de la térébenthine, etc., n'est pas exempte d'inconvénients et n'amène pas toujours le résultat désiré. Si l'on tient compte de la marche progressive de la blennorrhagie, depuis la fosse naviculaire jusqu'à la portion prostatique ou le col de la vessie, on comprend combien il est difficile de faire pénétrer une injection uréthrale assez profondément pour modifier toutes les surfaces malades. Au contraire, le siège du mal sera totalement atteint par le liquide médicamenteux quand celui-ci aura été préalablement introduit dans la vessie. Les bons effets des injections intra-vésicales s'expliquent encore par cette circonstance : ce contact du liquide médicamenteux avec la muqueuse uréthrale, au moment où cette muqueuse vient, sous l'influence du passage de la sonde, de subir un certain degré d'excitation, et où les conduits glandulaires comprimés se sont débarrassés du produit de leur sécrétion, laissant ainsi leurs cavités facilement accessibles à la pénétration de la matière injectée.

Les indications et les contre-indications des injections intra-vésicales peuvent être formulées de la manière suivante :

Elles sont indiquées :

- 1° Dans les blennorrhagies chroniques dont l'écoulement a pour point de départ les parties profondes du canal de l'urèthre;
- 2° Dans les blennorrhagies rebelles au traitement ordinaire (balsamiques, injections uréthrales, etc.);
- 3° Dans les cystites blennorrhagiques ou catarrhales;

4^o Dans les engorgements prostatiques d'origine blennorrhagique.

Elles sont contre-indiquées :

1^o Dans les blennorrhagies aiguës ;

2^o Dans les prostatites aiguës ;

3^o Chez les sujets qui supportent mal le cathétérisme urétral. (*J. des sciences méd. de Lille*, août 1879.)—*Lyon médical*.

—

Théorie de l'action antihémoptoïque de l'ipéca, par PÉCAOLIER.—L'ipéca est sédatif de la circulation, de la respiration, de la chaleur animale, mais surtout il est anémiant du poumon, il produit une véritable saignée pulmonaire ; certaine école l'aurait appelé *un spécifique d'organe* ; il est préférable de dire qu'il a une action spéciale sur le poumon. En outre, le foie des animaux empoisonnés par l'ipéca ne contient plus de glycose. L'émétique produit sur le poumon un effet opposé à celui de l'ipéca, il le congestionne souvent. Voici la formule antihémoptoïque proposée par M. Pécaolier :

Ipéca concassé.....	ʒjss
A faire infuser dans :	
Eau bouillante	ʒiv
Passer et ajouter :	
Sirop de gomme.....	ʒi

Une cuillerée à soupe toutes les heures ou toutes les deux heures.

L'adjonction de quelques gouttes de laudanum préviendrait le vomissement qui le plus ordinairement ne suivra que la première cuillerée. (*Bull. thér.*, 30 juillet.—*Lyon médical*.)

—

Du nitrite d'amyle et de ses diverses applications.

—Le nitrite d'amyle a été depuis un certain temps l'objet de nombreuses applications thérapeutiques faites surtout à l'étranger. En France, MM. Bourneville et C. Paul ont presque seuls expérimenté ce médicament, et cependant son utilité paraît incontestable. M. Dugau vient d'exposer dans un travail extrêmement complet ses recherches sur cette substance d'un usage encore tout récent. Laissant de côté tout ce qui a rapport à l'action physiologique de ce médicament, nous résumerons la partie qui a trait à son emploi médical.

D'une façon générale, le nitrite d'amyle a été administré chez l'homme par la voie pulmonaire; on a versé quelques gouttes de liqueur sur de la charpie ou linge quelconque et on en a fait inhaler les vapeurs. On doit recommander au malade de précipiter un peu plus sa respiration pour empêcher un mélange trop considérable d'air avec la vapeur médicamenteuse. Les doses employées ont varié de deux à dix gouttes; ces doses peuvent être répétées plusieurs fois dans la journée sans produire d'accidents; cinq gouttes constituent la dose qui a été le plus souvent employée; mais l'accoutumance est très rapide et on est dans l'obligation d'augmenter les doses pour ainsi dire à chaque inhalation.

Le nitrite d'amyle a été employé pour le traitement de l'angine de poitrine par un grand nombre de médecins; et les résultats obtenus ont été en général favorables; dans ces cas on faisait respirer la dose indiquée plus haut toutes les fois que l'accès menaçait de se produire et cela aussi bien dans des angines symptomatiques d'une affection cardiaque que dans les cas d'angines primitives. L'inhalation était renouvelée aussitôt que l'accès menaçait de se produire, et on voyait en général le pouls diminuer de fréquence et l'angoisse disparaître peu à peu. Chez certains malades les accès ont beaucoup diminué de fréquence ou même disparu complètement.

Le nitrite d'amyle a été employé aussi dans la lipothymie et la syncope, survenant à la suite de diverses circonstances; mais c'est surtout dans le traitement de l'épilepsie et de l'hystérie que son usage a paru être utile. M. Bourneville et avec lui un certain nombre de médecins ont vu que les accès d'épilepsie ou d'hystéριο-épilepsie étaient enrayés par l'inhalation de cette substance, soit qu'on la fit respirer au moment de l'aura, ce qui est la meilleure condition, soit qu'on ne pût la donner qu'alors que l'attaque était commencée. Quant à la question de savoir s'il y avait une influence sur la marche même de la maladie, elle est restée indécise.

Le nitrite d'amyle a été employé encore dans l'éclampsie puerpérale, et dans le tétanos traumatique; il a pu même amener la guérison. M. Dugau rapporte aussi, d'après le Dr Fuckel, une observation de contracture des extrémités, dans laquelle la maladie constituée par des séries d'attaques douloureuses, a cédé après plusieurs inhalations.

La migraine a paru encore très heureusement influencée dans un certain nombre de cas par l'éther amyle-nitreux; il en a été de même dans le traitement de certaines formes de mélancolie. Dans le mal de mer aussi les résultats ont été favorables. M. Claphan rapporte avoir fait inhaler le nitrite

d'amyle à 124 passagers en proie au mal pélagique; chez 12, les vomissements furent supprimés. Trois, quatre, cinq, six gouttes les arrêtaient vingt-quatre heures au moins, quelquefois définitivement. S'ils se reproduisaient, on répétait l'inhalation et la guérison ne se faisait pas attendre longtemps. Nous citerons encore la coqueluche, la laryngite striduleuse, les névralgies de la cinquième paire, les convulsions des enfants, la syncope causée par l'oxyde de carbone, et la rage, comme ayant donné lieu avec des succès divers à l'emploi du nitrite d'amyle. Dans la rage, les phénomènes douloureux ont été grandement atténués. Mais un fait bien important à connaître, c'est que cette substance peut être très utile dans les accidents déterminés par le chloroforme: dans un bon nombre de circonstances, la mort imminente a pu en effet être prévenue par l'inhalation de quelques gouttes de nitrate d'amyle. — *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques.*

—

Bons effets du sulfate de cuivre ammoniacal contre la névralgie de la cinquième paire (tic douloureux), par FÉRÉOL.—Pendant longtemps ce médicament a passé pour un quasi-spécifique de l'épilepsie (sel anti-épilepticum Weismani). Dans ces essais contre d'autres névralgies que celles de la cinquième paire, l'auteur a toujours échoué; mais il rapporte quatre faits favorables. L'élément congestion paraît tout particulièrement favorablement influencé, l'épiphora, l'écoulement nasal diminuent. Souvent se produit un état de dépression des forces parfois accompagné de nausées. Voici le mode d'administration :

Eau distillée	ʒiij
Sirop de fleurs d'oranger ou de menthe	ʒj
Sulfate de cuivre ammoniacal grs ij à iij	

A prendre dans les 24 heures, surtout au moment des repas. Malgré le goût métallique, la fétidité de l'haleine, il faut continuer la dose de grs ij par jour au moins 12 à 15 jours. (*Bulletin de thér.*, 30 avril.)—*Lyon médical.*

—

Traitement de la constipation chez les enfants.—On est très souvent embarrassé pour vaincre la constipation chez les enfants sans leur faire de mal. Chez quelques-uns

tous les moyens sont insuffisants. M. Bouchut prescrit alors le sirop suivant dont il indique l'emploi dans le *Paris-médical*:

Podophylline	gr 4/5
Alcool	3i
Sirop de guimauve	3ij

On donne une demi-cuillerée à bouche au plus pour commencer. La cuillerée à bouche entière pèse 20 grammes, renferme un centigramme de podophylline, ce qui est une dose d'adulte. —*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques.*

Du chlorhydrate de pilocarpine dans les pleurésies à marche lente, par LANDRIEUX.—Soit l'infusion de feuilles, 3j dans 5 onces d'eau, soit l'injection sous-cutanée de sel alcalin, et une ou deux ont le plus ordinairement suffi, 0,10 cent. par injection (cette dose nous paraît très-élevée la solution est au 1/10, l'auteur ne relate cependant pas d'accident). constituent ici le meilleur traitement. (*Journ. de thér.* 10 juillet.)—*Lyon médical.*

PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALES.

Le pansement de Lister, dans les services hospitaliers de Londres et devant les congrès de Cork et d'Amsterdam.—On a pu voir dans le compte-rendu de la consultation de M. Desprès, que ce chirurgien est loin de partager l'engouement de bon nombre de chirurgiens de notre époque, pour le pansement antiseptique phéniqué du professeur Lister. S'il faut en croire M. Henriet, qui a publié, dans la *Tribune médicale*, un intéressant travail intitulé : *Les chirurgiens et la chirurgie à Londres*, la généralité, au moins, des collègues de l'illustre opérateur anglais, serait loin de partager sa confiance dans une méthode acceptée à l'étranger avec un véritable enthousiasme. Il est à croire qu'en Angleterre il en est ainsi que dans tous les pays. On est naturellement enclin à réserver un bon accueil à ce qui vient de loin.

Au moment donc où, dans la plupart des services hospitaliers de Paris, le pansement phéniqué règne en souverain (sans

doute parce qu'il vient d'au-delà de nos frontières), il est intéressant de connaître l'estime qu'en font les chirurgiens de Londres, si bien placés pour en apprécier la valeur, M. Henriot va nous l'apprendre.

"Je m'attendais, dit notre confrère, à voir la méthode Listerienne appliquée partout avec enthousiasme, et j'ai été quelque peu surpris en constatant qu'en dehors du service de Lister et de deux ou trois autres, elle était inusitée, ou tellement modifiée qu'elle ne pouvait plus être rangée sous ce nom. Quelques chirurgiens n'en ont conservé que les vaporisations phéniquées, qu'ils emploient encore pour ouvrir un abcès par congestion, ou pour quelque autre opération de ce genre. Beaucoup, au contraire, se contentent de l'application des pièces de pansements usitées par Lister. Et, en somme, un très grand nombre n'ont gardé que l'acide phénique, qu'ils emploient sous forme d'huile phéniquée, dont ils imbibent un morceau d'étoffe de gaze ; et ils obtiennent, avec ce pansement des plus simples, des résultats certainement aussi complets que ceux obtenus par l'application absolue et sévère de tout le pansement Listerien, dans tous ses détails. J'ai vu aussi des amputations de jambe, par le procédé de Syme, cicatrisées en deux ou trois semaines ; j'ai vu des plaies de résection du genou cicatrisées avec une rapidité vraiment remarquable.

Je déclare donc que, dans la plupart des services hospitaliers de Londres, le vrai pansement de Lister n'est pas appliqué, non seulement dans toute sa rigueur, mais même dans ses parties fondamentales ; et néanmoins, soit à cause de l'absence de vibrions septiques, soit pour une autre raison, il n'y a pas d'infection purulente dans les hôpitaux les plus encombrés de cette grande ville. Les opérations et les plaies les plus graves y guérissent avec une simplicité toute champêtre, les réunions par première intention y sont la règle ; et l'on se croirait à l'âge d'or de la chirurgie. J'ai déjà eu récemment l'occasion de montrer qu'il en est de même actuellement en France, et que bien des pansements pouvaient partager avec celui de Lister le titre d'antiseptiques. Quoi qu'il en soit, la manière dont je vois pratiquer maintenant la chirurgie à Londres comme à Paris, me confirme dans cette persuasion que l'hygiène hospitalière et la propreté dans les pansements sont pour beaucoup dans les succès actuels ; et c'est peut-être le plus grand mérite de Lister d'avoir appris à ses contemporains à être propres."

C'est le lieu d'ajouter qu'au congrès annuel de l'Association médicale britannique, qui vient de se tenir à Cork (Irlande), sous la présidence du Dr. G. O'Connor, un des praticiens les plus distingués de Londres, le Dr. W. Savory, chirurgien de l'hôpital St-Barthélemy, a consacré un long discours :

1^o A la réfutation de la théorie des germes. Ne voit-on pas chaque jour guérir des plaies qui en sont infectées ?

2^o A la dépréciation du pansement de Lister. Les statistiques très encourageantes de l'hôpital St-Barthélemy établissent que de bonnes conditions d'aération et de propreté, les antiseptiques simplement employés aidant, permettent d'obtenir de non moins brillants succès, que par l'emploi de la minutieuse pratique Listérienne.

Pour édifier nos lecteurs sur l'état actuel de la question, signalons, enfin, l'accueil enthousiaste qui a été fait au professeur Lister dans la séance du 9 septembre dernier du *Congrès international d'Amsterdam*; présidé par le professeur Donders, d'Utrecht.

L'illustre chirurgien anglais s'est efforcé de répondre aux trois principales objections faites à sa méthode :

1^o Tous les chirurgiens ne croient pas à l'influence nocive des germes. Un pansement qui a pour objet de s'opposer au développement des bactéries n'a donc pas sa raison. Telle n'est pas l'opinion de Lister, qui attribue une funeste influence aux corpuscules atmosphériques, dont l'existence n'est plus contestée par personne ;

2^o Le pansement phéniqué détermine des accidents locaux (irritation de la plaie) et généraux (perte de l'appétit, vomissements, dépression organique, intoxication quelquefois mortelle). Selon Lister, il est aisé d'éviter de tels dangers d'une part, en s'abstenant de laver les plaies avec la solution phéniquée, d'autre part en n'employant que de l'acide phénique pur et en suspendant l'emploi dès le moment de l'apparition des premiers symptômes d'intoxication ;

3^o Le pansement phéniqué ne donne pas de résultats plus satisfaisants que les autres modes usités en chirurgie. Lister affirme que ceux qui nient la supériorité de sa méthode ne l'ont jamais appliquée d'une façon convenable. Aucune autre ne permet, ainsi qu'elle, d'ouvrir impunément les grandes articulations, les collections purulentes les plus larges et les plus profondes, etc.

Malgré l'enthousiasme avec lequel a été accueillie la communication du professeur Lister, l'éminent professeur d'Utrecht considère comme prématuré de prendre des conclusions favorables, qui engageraient la responsabilité du congrès.

On peut donc le dire : *adhuc sub judice lis est...*

Le principe de la méthode Listérienne est aujourd'hui accepté par tous les chirurgiens. Mais, ce qu'on ne saurait contester, c'est que la mise en œuvre comporte de nombreuses modifications. Il y a lieu de croire que cette importante question

demeurera quelque temps encore à l'étude.—*Revue de Thérap. Méd.-Chir.*

La lithotritie par la méthode expéditive.—On sait que Thompson, l'habile opérateur anglais, après avoir longtemps, ainsi qu'il est de règle, pratiqué lentement la lithotritie, en est venu, ainsi que Bigelow, de Boston, à *expédier*, selon son expression, les calculs avec une célérité qui, véritablement, entre des mains moins expérimentées, pourrait être tenue pour de la témérité. Le Dr. L. Henriet, qui a publié, dans la *Tribune médicale*, un très intéressant travail, ayant pour titre : *Les chirurgiens et la chirurgie à Londres*, rend compte, dans les termes suivants, d'une émouvante séance, à laquelle il a eu la bonne fortune d'assister.

“Après m'avoir présenté quelques calculeux récemment opérés avec succès, Thompson voulut me montrer ses actes.

Il avait choisi, pour cette démonstration, un cas qui n'était certes pas des plus favorables : il s'agissait d'un homme déjà âgé, obèse, asthmatique et emphysémateux, chez lequel il avait dû retarder pendant un certain temps l'opération, à cause même des complications respiratoires. L'état des voies urinaires était assez satisfaisant : le calcul était volumineux et assez dur. Le chirurgien se proposait de mener cette lithotritie le plus rapidement possible, et d'en finir en une seule séance. Le patient fut endormi par les soins d'un médecin spécial, renommé pour l'administration des anesthésiques. Conformément à la pratique assez répandue à Londres, le sommeil fut obtenu en quelques secondes, à l'aide du protoxide d'azote, et maintenu ensuite pendant toute la durée de l'opération, avec l'éther. Dans l'espace de douze minutes à peine, Thompson fit huit introductions de lithotriteurs de trois calibres différents, pratiqua en moyenne quatre ou cinq prises à chaque introduction, broya tout le calcul et obtint l'évacuation de la plus grande partie des fragments. J'ai revu l'opéré quelques jours après : il était dans le meilleur état, sans fièvre, et dormant bien, tranquille du côté de ses bronches et commençait à sortir du lit. Je ne suis pas bien sûr qu'il ait fallu une ou deux séances courtes et secondaires, pour compléter l'opération.

Ce qui m'a en effet le plus frappé dans la pratique de Thompson, ajoute M. Henriet, c'est sa rapidité d'exécution. Il y a chez lui du prestidigitateur, dans la vitesse et la dextérité avec laquelle il manœuvre. Seule, l'introduction du lithotriteur reste relativement lente ; et par ce seul fait on reconnaît immédiatement qu'on est en face d'un opérateur non seulement

habile, mais prudent et expérimenté. Mais, dès que l'instrument est arrivé dans la vessie, la bataille s'engage entre lui et la pierre avec une rapidité et une vigueur incroyables; les prises se succèdent et se multiplient, les mains et les doigts marchent, le bouton d'arrêt avance et recule, la vis tourne, les lithotriteurs sortent et rentrent avec une vitesse que l'aide, qui présente l'arme nouvelle, a de la peine à suivre. Au premier abord, on est presque effrayé de cette agilité audacieuse; mais la sûreté de main, la précision des mouvements de l'opérateur vous rendent bien vite une confiance que le succès vient ensuite confirmer.

Je ne m'attarderai pas à parler des instruments dont Thompson fait usage: son lithotriteur à poignée cylindrique est bien connu; quelques modifications, apportées en France, dans son système d'érou, ont paru peu heureuses au chirurgien anglais. Mais il me permettra de dire, à cet égard, que chaque ouvrier aime l'outil dont il a l'habitude et a raison de le préférer, parce que sa main y est mieux adapté: il y a là une question d'accommodation personnelle qui transforme en défaut pour tel opérateur ce qui, pour tel autre, est un avantage. C'est d'ailleurs ce que Thompson lui-même a sans doute depuis bien longtemps reconnu; et c'était à bien juste titre qu'il me proclamait cette nécessité de l'accoutumance, lorsque, me citant son expérience personnelle, il me racontait que, pendant de longues années et maintenant encore, il avait l'habitude, à tous les moments où ses mains étaient inoccupées, en voiture, devant sa table de travail, en lisant un livre, de tenir et de manier un lithotriteur, le faisant manœuvrer, saisissant à l'avenglette un morceau de bouchon, une boulette de papier, un objet quelconque, de manière à entretenir entre sa main et son instrument cette intimité, cette familiarité si indispensables pour l'opérateur.

C'est grâce à sa longue expérience, autant qu'à son habileté naturelle, que Thompson a pu, comme il le dit, changer sa première manière, et adopter la méthode expéditive. Sans aucun doute, les perfectionnements apportés à l'instrumentation, la meilleure et la plus sûre administration des anesthésiques, l'usage de l'évacuateur vésical de Bigelow, heureusement modifié par Thompson, ont favorisé cette méthode. Mais le chirurgien anglais déclare lui-même que c'est à sa longue expérience et à la pratique constante de son art, qu'il a dû de pouvoir accélérer ses manœuvres, les accumuler sans danger en une seule ou deux séances relativement allongées, et rendre ainsi expéditif et rapide un traitement dont la lenteur est la règle ordinaire et aussi peut-être le principal inconvénient.

Sans aucun doute, il est à désirer que cette pratique de Thompson puisse cesser de lui être exclusive, à lui et à quelques autres opérateurs consommés ; car il est bien évident qu'il y a de grands avantages à débarrasser vite une vessie du calcul ou des fragments qu'elle contient. Mais il serait certainement dangereux de vulgariser dans la pratique courante la manière de Thompson, et de vouloir l'imiter d'emblée : l'adage ancien recommande d'opérer *tuto, cito et jucunde* ; et ce n'est pas sans raison que la sagesse des chirurgiens a placé la sécurité en tête de son précepte.

Surtout lorsqu'il s'agit de la lithotritie, il faut que le praticien sache bien qu'une longue et continuelle expérience peut seule lui donner le droit et les moyens de joindre la vitesse à la sécurité. Je suis d'ailleurs persuadé que je reproduis ici l'opinion de Thompson lui-même, car il est le premier à faire passer la prudence avant tout le reste."—*Revue de Thérap. Med.-Chir.*

—

Abcès ilio-fémoral.—Diagnostic différentiel.—Prof. GOSSELIN.—Un jeune homme âgé de seize ans, présente de l'intérêt, au point de vue du diagnostic différentiel. L'affection, dont il est atteint, en effet, est plus ou moins sérieuse, selon son point de départ.

Il convient, tout d'abord, d'établir un fait qui, dans le cas actuel, acquiert une grande importance ; car il peut, en quel que sorte, constituer la clef de voûte du diagnostic. Ce jeune homme vient d'avoir une fièvre typhoïde.

Ce renseignement commémoratif donné, il s'agit de déterminer la nature de l'affection actuelle, qui est constituée par une tumeur fluctuante, occupant les régions iliaque et sous-inguinale du côté droit.

Il convient de remarquer, tout d'abord, qu'il existe une communication entre ces deux régions, du pus que l'on peut faire refluer, par la pression de la main, au-dessous de l'arcade crurale.

Ces manœuvres sont peu douloureuses. La même remarque est applicable aux mouvements imprimés au membre.

Quelle est la nature de cette affection ?

S'agit-il d'une *arthrite coxo-fémorale* ? Dans ce dernier cas, il se produit également un effacement de la région de l'aîne ; les mouvements de la cuisse déterminent de la douleur. On observe en même temps un abaissement de ce côté du bassin et un allongement du membre correspondant. La marche occasionne de la douleur. Le malade enfin, accuse également

une douleur de genou caractéristique de la coxalgie. Tous ces symptômes ne se produisent pas ici. Il en est un autre non moins pathognomonique, qui fait aussi défaut chez ce malade. Dans la coxalgie, il y a immobilisation de la cuisse sur le bassin; les mouvements du fémur sont transmis au pelvis et à la région lombaire, qui se meuvent avec lui tout d'un pièce. Dans le cas présent, la cuisse peut se mouvoir en tous sens, avec une complète indépendance. Une circonstance est encore à noter. Ce jeune homme souffre de cette partie depuis un mois seulement. Dans la coxalgie vulgaire, la suppuration ne devient pas à ce point abondante en aussi peu de temps. Il faut 8, 10 et 11 mois pour que le pus se collige en une telle proportion.

S'il s'agissait d'une *arthrite coxo-femorale sur-aiguë*, il pourrait se former promptement une abondante collection. Mais, en pareil cas il y aurait de l'immobilisation de la cuisse sur le bassin, il se produirait de la fièvre; la marche serait impossible; il y aurait, en même temps, perte de l'appétit et du sommeil, tous signes qui n'existent pas chez ce malade. L'hypothèse d'une arthrite coxofemorale doit donc aussi être écartée.

S'agit-il d'une *protte*? Un caractère propre à cette affection fait ici défaut: c'est la flexion de la cuisse sur le bassin. Il est vrai que plusieurs fois M. Gosselin a reconnu à l'autopsie cette maladie, méconnu pendant la vie par suite dans la non production de ce signe caractéristique. Toujours est-il que de pareils faits sont exceptionnels. Aussi, ne convient-il de ce ranger à cette opinion qu'à défaut d'une autre plus rationnelle.

Pourrait-on s'arrêter à l'idée d'un *abcès consecutif à une ostéopériostite chronique*? Mais cette affection donne lieu à des abcès froids, qui ont une marche lente.

Peut-on admettre une *ostéite aiguë*? Cette affection s'accompagne d'un état tant général que local, que a complètement fait défaut ici.

Ne serait-ce pas un *abcès consecutif à une adénite de la région iliaque*? Mais, encore une fois, on ne rencontre chez ce malade aucune tumeur bosselée, tenant à des ganglions enflammés. La tumeur, au contraire, est uniforme, sans lobes ni bosselures.

Par cette élimination successive des diverses affections qui pourraient donner le change. M. Gosselin arrive à poser un diagnostic qui lui semble légitime. Pour lui, il s'agit d'un *abcès idiopathique, développé dans le tissu cellulaire de la région iliaque* et ayant fusé dans le triangle crural, par la gaine des vaisseaux fémoraux.

Cette opinion semble d'autant plus admissible au savant pro-

fesseur, que le malade vient d'être éprouvé par une affection prédisposant d'une façon toute particulière à la production des abcès. C'est ainsi que cette donnée commémorative lui a fourni un précieux élément de diagnostic, dans une affection d'ordre tout-à-fait insolite.

La même remarque est applicable au pronostic. Il est manifeste, en effet, que cette affection est moins grave que si l'abcès était la conséquence d'une ostéite ou d'une arthrite coxo-fémorale.—Dr Ch. FERANT.—*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale.*

—

Des taches vineuses et de leur traitement par les scarifications.—Balmano Squire a proposé et appliqué il y a deux ans une nouvelle méthode de traitement des taches vineuses par des scarifications multiples. La thèse de M. Colson, faite dans le service de Vidal à Saint-Louis, est consacrée à l'étude de ce moyen de traitement qui donne de bons résultats lorsqu'il est employé avec un peu de persévérance.

Voici comment opère M. Vidal :

“Après avoir fait ou non l'anesthésie locale, il fait tendre la peau par un aide et la tend lui-même dans le sens opposé de façon à avoir une surface lisse, tendue qui ne fuira pas sous le couteau... Puis prenant son salpel de la main droite, M. Vidal trace sur la tache sanguine une série d'incisions droites, parallèles à un millimètre environ de distance les unes des autres et profondes de un millimètre et demi. Puis faisant tendre la peau dans le sens opposé, il fait perpendiculairement aux premières et de la même façon de nouvelles incisions. On a ainsi un petit quadrillage limitant de petits carrés de peau de un millimètre.”

L'hémorrhagie est légère, le sang est étanché avec un peu de papier buvard. Si la tache est peu étendue on la scarifie en une seule séance et en plusieurs séances si elle est plus grande. “Le nombre des scarifications nécessaires est toujours considérable ; plus un nævus sera étendu plus il demandera du temps pour se modifier. Pour un nævus rose il faut au moins 15 à 20 opérations. Pour les nævi violets il en faudra un bien plus grand nombre, et si l'on songe que l'on ne peut guère faire plus d'une séance par semaine, on voit le temps que doit durer le traitement.”

On obtient ainsi avec du temps et de la patience l'atténuation notable ou même la disparition complète des taches, et cela sans trace de cicatrices apparentes.—*Lyon médical.*

Traitement de l'anasarque par le drainage capillaire — A côté du traitement de l'anasarque, exposé dans un des derniers numéros du *Lyon Médical*, nous croyons devoir faire connaître à nos lecteurs le drainage capillaire proposé et employé par le docteur Southey, de Londres.

Ce traitement consiste à introduire dans le tissu cellulaire-sous-cutané, parallèlement à la peau, une ou plusieurs petites canules à l'extrémité libre desquelles s'adapte un tube en caoutchouc qui conduit dans un récipient le liquide exsudé. Les canules de Southey ont de un millimètre et demi à deux millimètres de diamètre ; il suffit d'en placer une de chaque côté, de préférence sur le dos du pied. La quantité de liquide qui s'écoule peut être considérable : elle varie, d'après Southey, de deux à trois litres par jour ; et dans un cas récent où nous avons appliqué la méthode, elle s'est élevée par deux canules de deux millimètres, à sept litres dans les premières vingt-quatre heures.

On prend, soit pour le placement des canules, soit pour les pansements ultérieurs, toutes les précautions antiseptiques. Ces précautions doivent du reste être employées quelle que soit et si minime que soit une opération que l'on pratique sur des membres œdématisés. La clinique nous apprend avec quelle facilité ces membres deviennent le siège d'une inflammation érysipélateuse, et les recherches de M. Renaut ont démontré le lien qui rattache l'érysipèle à l'œdème.

On pourrait craindre que la présence d'une canule dans les tissus œdématisés ne provoque une vive inflammation. Les faits déjà nombreux de Southey, ce que nous avons pu voir nous-même nous permettent de regarder cette crainte comme peu fondée, lorsqu'on prend les précautions antiseptiques nécessaires. Nous n'hésitons donc pas à recommander la méthode de Southey qui est efficace, innocente, et a ce grand avantage de laisser les membres du malade chauds et secs, et qui permet de plus la récolte et l'analyse des liquides exsudés. (*Association française pour l'avancement des sciences*.—*Revue de Théor. Méd.-Chir.*)

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

Traitement des éphélides de la grossesse par l'acide chrysophanique.—D'après une note intéressante que nous a remise notre excellent confrère le Dr Auguste

Reverdin de Genève, MM. Neuman, professeur de dermatologie, et Braun, professeur d'accouchement à Vienne, ont eu beaucoup à se louer de l'emploi de cette substance, chez des femmes chez lesquelles le masque de la grossesse présentait une étendue considérable et persistait après l'accouchement, au delà des limites habituelles.

L'acide chrysophanique, on le sait, à été depuis peu beaucoup employé avec succès dans le traitement du psoriasis. Il détermine à la surface de la peau une irritation assez vive. Dans le traitement des éphélides, cette irritation détermine la chute de la couche épithéliale et de la couche sous-épithéliale; sous l'influence de cette action, analogue du reste à celles des topiques au nitrate d'argent et autres, les taches pigmentaires disparaissent pour ne plus revenir. Dans la pratique, il s'agit de déterminer une irritation suffisante sans la dépasser. Ceci est assez difficile, parce que la susceptibilité des peaux pour l'acide chrysophanique est très-variable.

Voici le procédé: on nettoie bien la place de la tache pigmentaire par un lavage au savon; puis on fait une onction sans frotter avec la pommade suivante:

Acide chrysophanique.....	grs xv
Axonge.....	5x

On laisse sur la peau un linge imprégné de la pommade, mais de façon à ce qu'il n'en coule pas.

Ordinairement on fait ainsi trois ou quatre friction à deux jours d'intervalle. Mais il faut tâter la peau, et s'il y a beaucoup de gonflement, on éloignera les frictions. Parmi les peaux les plus susceptibles, il faut compter la peau mince des rousses.

L'onction est suivie d'un peu de gonflement de la face avec cuisson modérée.

Les parties enduites deviennent rouges, puis noires, puis elles desquamment et la tache disparaît.

Il faut surtout prendre garde de laisser tomber de la pommade sur les paupières, qui subiraient alors un gonflement pénible.

M. Reverdin a vu à la clinique de Braun une jeune fille qui, très désireuse de voir disparaître un masque très-prononcé, malgré toutes les recommandations, s'était enduit abondamment toute la figure de cette pommade. Elle eut durant quatre ou cinq jours un gonflement et une teinte noire de la face qui la défiguraient absolument; mais aussi fut-elle guérie et nettoyée absolument au bout de ce temps.

Il est inutile d'aller jusque-là, et, moyennant quelques précautions, en agissant modérément on est guéri sans douleur sérieuse ni gonflement hideux.

Il est probable que pour les taches pigmentaires en dehors de la grossesse on obtiendrait le même bon résultat.—*Revue médico chirurgicale.*

L'obstétrique à Siam ; Exposition de l'accouchée au feu pendant trente jours.—Dans un article du *New Orleans medical journal*, le Dr Samuel House donne sur la pratique obstétricale dans le royaume de Siam des détails fort curieux. Les accouchements sont confiés à des matrones et rarement à des praticiens mâles aussi ignorants qu'elles, dont le but est surtout de chasser les démons qui retardent la délivrance. Cependant il leur arrive de faire des frictions violentes sur le ventre pour accélérer le travail et même de la masser vigoureusement en montant pieds nus sur le ventre de la pauvre patiente.

Mais ce qu'il y a de plus curieux dans leur pratique, c'est l'exposition de la mère, immédiatement après l'accouchement, à un feu vif. On la fait rôtir en quelque sorte en plaçant son abdomen nu et son dos à deux pieds environ d'un feu vif. Elle reste ainsi jour et nuit pendant trente jours, lors de son premier accouchement. Pour les suivants la période est diminuée chaque fois de cinq jours. L'explication théorique de cette coutume est la suivante. Le départ de l'enfant constitue une perte des éléments du feu intérieur ; si on n'y remédie pas par la chaleur extérieure, il en résulte un ramollissement de tous les organes, de l'utérus, des mamelles, une altération du lait, etc., etc.

Pour cette torture volontaire on installe un brasier au milieu de la chambre. La femme est placée auprès du foyer, étendue à peu près nue sur une planche garnie de quelques nattes grossières. Elle a seulement un petit vêtement étroit sur les hanches. Puis là elle se tourne et se retourne de façon à présenter alternativement son ventre et son dos à ce feu parfaitement suffisant pour rôtir un poulet.

On songe ce que doit être ce supplice dans ce climat brûlant d'été perpétuel. Le mari ou la femme qui veille, comme le démon de ce brasier, l'entretient sans cesse, et seulement si la femme souffre trop, ont jette un peu d'eau sur le feu pour l'atténuer. Pendant toute la durée de l'épreuve la femme ne peut apaiser sa soif qu'avec de l'eau chaude. Ajouter à cela qu'il n'y a aucun tuyau pour permettre à la fumée de s'échapper.

Il est impossible de déraciner cette coutume si bien invétérée, et l'on voit des femmes succomber devant leur bûcher plutôt que de permettre qu'on les en éloigne.

Y a-t-il derrière cette coutume une idée religieuse de purification ? Cela est possible ! Elle a au moins ce bon résultat d'empêcher les femmes de vaquer à leurs occupations immédiatement, comme tant d'autres qui contractent ainsi une foule de lésions utérines et péri-utérines.—*Journal de médecine et de chirurgie.*

MÉDECINE LÉGALE.

Études sur la mort.—(Suite.)—Au mois de février 1845, à la suite d'une émeute, de nombreux cadavres jonchaient les Tuileries. On les mit de côté et on les couvrit de 0^m 80 de sable. Louis-Philippe parti, Jollivet fit découvrir ces cadavres quatre heures après leur ensevelissement provisoire. Plusieurs blessés donnaient encore des signes de vie. Il en est parmi eux chez lesquels elle s'est prolongée durant cinq ou six heures.

La même expérience a été tentée sur des lapins. Ces animaux, recouverts de 0^m 30 de sable, ont encore vécu de 5 à 12 heures. La preuve qu'il avait filtré de l'air, et que les lapins avaient véritablement respiré, c'est qu'on trouva du sable dans les bronches.

Les cas de mort apparente sont très-fréquents chez les nouveau-nés. On peut dire que les exemples en pullulent dans les annales de la science. En de telles conditions, il ne faut pas perdre courage. Plus d'une fois le retour à la vie a été la récompense d'efforts persévérants continués pendant cinq et six heures.

M. Brouardel rapporte un fait qui lui est personnel et où le succès a tenu aux conditions particulières dans lesquelles il s'est trouvé.

L'accouchement avait eu lieu dans la maison où se trouve la pharmacie Mialhe. Cette circonstance permit au médecin de se procurer des ballons d'oxigène. Il eut le bonheur, après deux heures de soins, de rappeler à la vie le nouveau-né.

Tardieu parle d'un enfant porté à la mairie pour faire constater sa mort, et qui revint en possession de la vie à son retour à la maison.

À propos de la mort apparente des nouveau-nés, se pose une grave question concernant l'aptitude à hériter.

Depaul a vu des enfants considérés comme morts, revenir à la vie trois et quatre heures après leur venue au monde. Tardieu a été témoin d'un fait analogue. En admettant qu'on ne parvienne pas à rappeler définitivement ces enfants à la vie, ils n'en ont pas moins respiré, donc ils ont vécu. Si la mort de la mère a eu lieu dans l'intervalle, ces enfants sont-ils aptes à hériter? On comprend l'importance de cette question de survie. Or, voici en quel sens se prononce la législation.

Si, à l'autopsie du petit cadavre, on ne constate aucune cause de non viabilité, il suffit que l'enfant ait été en possession d'une vie transitoire, ne fut-elle que d'une demi heure, d'un quart d'heure, pour qu'il soit déclaré apte à hériter, et à transmettre son héritage à qui de droit.

Si la mort apparente s'observe particulièrement dans les cas dont il vient d'être question, elle se produit également dans un certain nombre d'autres conditions.

À la suite de la submersion, de la pendaison, les actes nutritifs peuvent se suspendre quelque temps. Il en est de même chez les personnes bien portantes, à la suite d'une syncope. Lorsque cette dernière a lieu devant des témoins, l'erreur est généralement aisée à éviter, et il devient possible de rappeler le faux mort à la vie. Mais il n'en est pas de même quand un sujet est atteint loin de tout regard. Faute d'être secouru, ce sujet peut très bien passer d'une mort apparente à une mort définitive.

Les cas de mort apparente ne sont pas très rares, à la suite de la fièvre typhoïde, des fièvres palustres, du choléra.

On rapporte que la fille d'un président des États-Unis, à la suite d'une attaque de choléra, resta durant quatre ou cinq heures en état de mort apparente. Ce ne fut qu'après ce long délai qu'elle revint spontanément à la vie.

On a vu le même accident se produire à la suite des fièvres algides. Le retour à la vie a eu lieu à la fin de l'accès.

La mort apparente n'est pas rare à la suite de l'asphyxie par la vapeur de charbon. De semblables faits avaient été déjà signalés par A. Paré. Robin, le premier, a prouvé que, dans ces conditions, le sang se conserve longtemps sans s'altérer. Des expériences, à ce point de vue, ont été faites sur des chiens. Ces animaux, asphyxiés par la vapeur de charbon, ont pu être rappelés à la vie après trois heures de mort apparente.

Armand (de Nancy), rapporte le curieux fait suivant :

Un cuisinier, adonné aux liqueurs alcooliques, est trouvé étendu sur le carreau, en état de mort apparente. Un médecin aussitôt appelé lui pratique une saignée, à la suite de laquelle

il ne s'égoutte pas une goutte de sang. Deux heures après, Armand, appelé pour constater la mort, ne trouve pas quo la figure du cuisinier présente l'aspect blafard caractéristique de la mort. Il secoue vivement le pseudo-cadavre, exécute la respiration artificielle. etc. Retour à la vie au bout de trois heures de mort apparente.

Faut-il parler de l'anesthésie qui, jusqu'ici, a donné un assez large contingent à la mort apparente ?

Le Dr. Josan a rapporté un cas assez curieux de cette nature, résultant de l'administration d'une énorme dose de narcotique. Une dame accoutumée, il est vrai, à l'action de la morphine, reçut un jour, en une seule fois, une injection de 0,60 de cette substance. Elle fut considérée comme morte pendant six heures, moment auquel elle fut rappelée à la vie. On a lieu de s'étonner qu'avec une telle dose de narcotique le décès n'ait pas été définitif!...

Les cas de mort apparente par intoxication alcoolique ne sont pas rares.

Les faits de ce genre nous viennent surtout de Suède et de notre Bretagne. Les ivrognes de Nantes, on peut malheureusement le dire, sont restés classiques. On rapporte à ce propos, ce fait assez curieux.

C'était au cœur de l'hiver. Un mendiant fut trouvé privé de vie sur le bord d'un fossé, non loin de la ville. Un médecin constata sa mort. On enleva le soi-disant mort sur un brancard et on le déposa dans la première chambre froide. Personne ne fut commis à la garde du malheureux. Le lendemain matin les fossoyeurs arrivèrent pour s'acquitter de leur sinistre besogne.

Le prétendu mort s'agite entre leurs mains. Pris de terreur, ils prennent la fuite... La mort apparente avait duré plus de douze heures. Toutes les formalités avaient été remplies. Rien n'y avait manqué, pas même la constatation du décès par un homme de l'art.

La fulguration a donné lieu à des cas assez nombreux de mort apparente méconnue par des médecins. Franklin en a signalé des exemples. Le fait suivant a été observé et relaté par Budin.

Notre confrère revenait d'Algérie, quand vint à éclater un violent orage. Un matelot foudroyé fut examiné par le médecin du bord, qui constata sa mort. Le corps du matelot fut laissé toute la nuit sur le pont, exposé au vent, à la grêle. Au moment du débarquement, cet homme était plein de vie. Cette fois encore, la mort avait été constatée de la façon la plus officielle.

La congélation a fourni quelques exemples de mort apparente. De ce nombre est le cas de ce grenadier qui, en 1777, au siège de Strasbourg, flottait dans le Rhin, à l'état de glaçon, et qui fut rappelé à la vie.

La mort apparente est assez fréquente à la suite de la commotion cérébrale. M. Brouardel se rappelle un cas assez curieux, dont il a été témoin alors qu'il était interne à la Piété. Un jeune femiste, âgé de 15 ans, tomba dans la rue de la hauteur d'un cinquième étage. Pendant plus d'une demi-heure, on ne put percevoir aucun battement cardiaque. Il fut appelé à la vie au bout de trois quarts d'heure de soins.

§ 4.—DES CONDITIONS ORGANIQUES QUI PRÉDISPOSENT A LA MORT APPARENTE.

Deux conditions prédisposent particulièrement à la mort apparente. Notons, d'une part, la débilité organique qui s'observe surtout aux âges extrême de la vie. Cette prédisposition est aussi le triste attribut des sujets hystériques. Dans tous ces cas, les actes vitaux sont réduits à leur minimum.

Tourdes parle d'un vieillard âgé de cent ans qui, réputé mort, avait été livré à la terre. A ce moment suprême, il se fit un certain bruit dans le cercueil. On en retira le prétendu cadavre qui revient à la vie. Ce vieillard a encore vécu quatre ans.

Au point de vue dont il s'agit les hystériques forment un groupe à part. Les conditions dans lesquelles s'accomplissent leurs fonctions organiques les prédisposent singulièrement à la mort apparente. Chez certaines hystériques, les actes vitaux sont à ce point déprimés, que les phénomènes observés chez elles ont pu être révoqués en doute. Ces femmes, on peut le dire, ne mangent ni ne boivent. M. Brouardel a eu dans son service une fille qui n'urinait que tous les 4 ou 5 jours. L'acide carbonique exhalé par les poumons était réduit à $1/5$. La fraude, à la rigueur, serait possible dans les familles. Mais à l'hôpital, au milieu d'une surveillance attentive, toute dissimulation est impossible. Comment, par exemple, faire disparaître les produits excrémentiels?

De tels sujets peuvent rester en état de mort apparente jusqu'à 48 heures. Dans les cas de cette nature, il est du devoir du médecin de ne donner le permis d'inhumation qu'après avoir épuisé tous les moyens de contrôle.

La mort par asphyxie n'est souvent qu'apparente. On a vu des individus, restés dans l'eau de une heure à cinq heures, revenir à la vie à la suite de persévérants efforts. Un fait curieux de mort apparente à la suite de pendaison, est celui qui a été rapporté par le Dr Jackson.

Un criminel avait été livré au supplice de la corde. Après 10 minutes de suspension, on enlève ce prétendu cadavre et on le porte au laboratoire, où on le soumet à la faradisation. Le pendu était en voie de ressusciter. Un étudiant, présent à l'expérience, s'empresse d'aller prévenir ses amis, pour les convier à ce spectacle nouveau. La police est aussitôt avertie. Le cœur avait repris à battre; la respiration s'établissait à nouveau. Cet homme était condamné; il ne pouvait plus vivre. Le magistrat prit sur lui de suspendre une expérience qui promettait un si heureux résultat.

De même que les phénomènes vitaux se dépriment au maximum chez certains sujets (enfants, vieillards, hystériques, dans la phthisie pulmonaire, dans quelques intoxication, etc.), ainsi les actes de décomposition se font plus ou moins longtemps attendre selon les individus.

Casper, à la suite d'une émeute qui en 1848, coûta la vie à un grand nombre de personnes, a fait les observations suivantes.

Une trentaine de gardes nationaux fusillés ayant été enterrés dans les mêmes conditions, ce médecin constata, lors de leur exhumation, que le degré de putréfaction des cadavres était très dissemblable.

§ 5.—DE LA MORT SIMULÉE.

Bien que ce fait puisse paraître étrange, il s'est trouvé quelques personnes qui, pour un motif ou pour un autre, ont simulé la mort. St. Alban parle d'une dame qui avait feint d'être morte, à l'effet de pouvoir partir avec son amant.

Un fait très-authentique de mort apparente à volonté est celui du colonel Townsند. Ce colonel se plongeait à volonté dans ce dangereux état. Dangereux est bien le mot, car une dernière expérience lui a coûté la vie.

Tourdes a fait, à ce propos, de curieuses expériences. Sur un sujet atteint de carie sternal, il a pu s'assurer *de visu* qu'il était possible, par un certain artifice, de suspendre à volonté les actes de la respiration et de la circulation.

M. Brouardel a fait, chez Chauveau, des expériences à l'aide du cardiographe et du sphygmographe. Il a pu se convaincre qu'il est possible, durant deux secondes, de suspendre complètement les pulsations cardiaques. Chacun est à même de répéter sur soi cette épreuve. A cet effet, il faut effectuer une large inspiration, fermer la glotte, et faire ensuite une vigoureuse poussée, qui a pour effet d'augmenter la pression dans le système pulmonaire. Le sang se trouve ainsi refoulé, et l'impulsion cardiaque suspendue.

Il faut savoir, cependant, que cette expérience n'est pas sans danger. Un étudiant qui a cru bon de la répéter avec trop de conscience, a failli trop bien la réussir.

On rapporte, enfin, le fait d'un prisonnier d'éteu au mont St. Michel, qui possédait la même aptitude que le colonel TOWNEND. Il simulait la mort réelle. Réputé mort, il fut cousu dans un sac et jeté à mer. A l'exemple du héros d'Alexandre DUMAS, une fois à l'eau, il se dégagait de son suaire, et gagna la côte à la nage...

§ 6.—DE QUELQUES PHÉNOMÈNES VITAUX SE PRODUISANT APRÈS L'EXTINCTION DE LA VIE.

Il faut bien savoir que l'organisme ne meurt pas en bloc. Un certain nombre d'actes vitaux persistent après la mort. Le dernier soupir, pour parler comme les poètes, ne constitue donc pas le dernier terme de l'existence. Ainsi, deux ou trois heures après la mort, l'iris se dilate démesurément. Puis il ne tarde pas à se contracter de nouveau. Ce double effet est le résultat de l'antagonisme entre le moteur oculaire commun et le grand sympathique.

M. BERNARD a prouvé que la fonction glycogénique persiste encore quelques heures après la mort.

A l'autopsie, on trouve assez souvent l'estomac perforé, chez des sujets qui n'avaient éprouvé aucun trouble du côté du ventricule. En pareils cas, l'estomac se digère lui-même.

Chez certains cadavres, surtout lorsque la mort a été la conséquence d'une affection zymotique, il se produit des contractions musculaires assez énergiques pour déterminer des craquements articulaires. C'est le *craquement des morts*...

C'est à la contraction musculaire unie au relâchement du sphincter anal, qu'il faut attribuer l'évacuation *post mortem* de l'intestin. C'est ce qui explique pourquoi *les morts se vident*.

La contraction musculaire peut persister fort longtemps après la mort. On en voit la preuve dans le fait suivant relaté par le Dr PINARD, de Versailles.

Le cadavre d'une femme enceinte fut retiré de la Seine, après une submersion de douze à quinze jours. Le cadavre fut porté à la Morgue. Ce fut là qu'eut lieu l'expulsion spontanée du produit.

Il faut voir là les effets de la putréfaction. Sous l'influence de la décomposition cadavérique, il se développe des gaz abdominaux, qui n'ont pas de peine à vaincre la résistance des sphincters, privés de leur ressort. C'est dans de telles conditions que l'on a vu, plus d'une fois, non seulement l'expulsion

du produit, mais le renversement complet de l'utérus, projeté entre les cuisses du cadavre.

Un phénomène cadavérique qui a beaucoup préoccupé l'esprit public, et qui tient à un même ordre de faits, la contraction musculaire *post mortem*, est celui auquel on a assigné la dénomination de *mordicatio mortuorum*.

Dans les instants qui suivent la mort, il se produit un abaissement du maxillaire inférieur. Bientôt la mâchoire revient sur elle-même. Si la langue dépasse les arcades dentaires, elle s'abîme, entre les dents, une véritable morsure. Quelquefois on a pris cette empreinte avec de la cire molle.

C'est à un même ordre de faits qu'appartient l'éjaculation spermatique qui se produit surtout dans les cas de mort rapide. Ce phénomène n'est donc pas caractéristique de la seule pendaison. Il est le résultat de la contraction ultime des vésicules spermatiques.—Dr Ch. BERTRAND.—*Revue de Thérapeutique Médico Chirurgicale*.—(A suivre).

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

MONTREAL, NOVEMBRE 1879.

Comité de Rédaction :

MESSIEURS LES DOCTEURS E. P. LACHAPELLE, A. LAMARCHE.
ET S. LACHAPELLE.

La Science et le Charlatanisme en médecine.

E pur si muove, et pourtant la terre tourne, disait Galilée devant ses juges. Et avec son mouvement de rotation, se déroule le vaste panorama, dans toutes ses variétés, de la nature sous les différents climats, sous les différentes saisons. *E pur si muove*, théorie sublime ! que le génie de Copernic avait bien entrevue, mais qu'il n'osa défendre,.... qui nous rappelle que tout marche : les planètes dans l'espace, et l'homme vers Dieu, c'est-à-dire vers le bien, vers le beau, vers le vrai ; c'est-à-dire encore vers la science, qui comprend tout cela... *E pur si muove*, l'heure du plaisir est passée,.... la vacance est finie ; l'homme d'étude rentre dans son cabinet, pour y continuer des travaux inachevés, et en commencer d'autres ; et l'élève revient prendre la place sur les mêmes bancs, à l'Académie, comme à l'Université. Travailleurs de la science, maîtres et élèves commencent une nouvelle année scientifique, c'est-à-dire prennent de nouveau le sentier, où ils ont déjà planté des jalons les années précédentes : la tâche se continue avec ardeur et avec fruit, parce qu'un mobile commun les conduit tous : l'ambition d'apprendre et de dire un jour comme Archimède, *Eureka*, ou comme Galilée : *E pur si muove !*

Le grand nombre de chercheurs fait trouver plus vite, comme la compétition oblige au perfectionnement. Une nouvelle école de médecine à Montréal conduira certainement à ce double but. Dans notre pays surtout, ou certainement, la science est encore à se traîner avec effort, comme un enfant, au lieu de prendre un noble et puissant essort vers ses régions élevées, dans notre pays, dis-je, le mouvement est nécessaire, sinon les nations marchant à grand pas sur le chemin du pro-

grès scientifique pourront supposer que nous préférons l'opinion de Josué à celle de Galilée !

J'ai dit que la compétition dans le travail oblige au perfectionnement : c'est là la devise du manœuvre comme de l'ouvrier de la science. Mais dans le domaine de la science, il n'y a pas de progrès sans le concours de l'autorité. L'autorité est nécessaire partout, pour le bon fonctionnement de la chose publique ; partout, mais surtout elle doit sa protection à la science, parce que la science, c'est l'avenir du genre humain. Elle aide la science en lui votant des secours, et en la protégeant contre l'invasion de l'erreur, du mensonge du charlatanisme qui se glissent partout et surtout ici ; car rien de plus commun que les faux savants, et rien de plus malheureux pour la société.

Le charlatanisme, plaie hideuse qui nous ronge, qui veut nous tuer, qui paralyse les efforts du mérite et lui enlève son triomphe dans les ténèbres, a trouvé sur la terre du Canada, je pourrais dire sur la terre d'Amérique, des éléments de subsistance qui l'ont engraisé, au point qu'il n'ose pas croire à l'amaigrissement rapide ni à la mort : tant le succès enivre ! Mais l'alliance de l'autorité et de la science tuera l'hydre, l'écrasera et il ne se relèvera pas.

C'est là l'espérance que toutes les Ecoles de Médecine de la Province de Québec doivent avoir quand on considère la position que la loi vient de prendre contre l'invasion du charlatanisme. Je dis " toutes les Ecoles de Médecine de la Province de Québec, " parce qu'aucune ne peut refuser de marcher avec la loi quand elle lui accorde généreuse protection : ne pas seconder les efforts de celle-ci serait alors s'opposer à son fonctionnement et se déclarer ouvertement pour le triomphe de l'erreur qu'elle veut combattre, du charlatanisme qu'elle veut détruire. Mais de quelle manière, me dira-t-on, la dernière loi médicale attaque-t-elle particulièrement le charlatanisme cette fois-ci ? On a droit de demander cette explication et je me hâte de la donner. Ecoutez.

Qu'est-ce que le charlatanisme ? Calepin, Ménage, Casaubon, donnent trois étymologies différentes au mot charlatan : le premier le fait dériver de Ceretano, qui en italien, signifie habitant du bourg de Cereto ; le second, de circulator, circitor, promeneur ; le troisième, de ciarlatore, babillard. Voilà pour les étymologistes.

Les dictionnaires, malgré que nous donnant une synonymie plus heureuse, ne nous en font guère mieux comprendre le sens. En effet, pour l'un, c'est un bateleur ; pour l'autre, c'est un saltimbanque ; pour un dernier, c'est un vendeur de drogues.

Mon Dieu ! il n'y a pas matière à ietère dans tout cela. Et si le charlatanisme ne comprenait pas d'autre signification que toutes celles que je viens de citer, je n'aurais nulle envie d'en parler. Car que m'importe qu'on soit de Cereto, voyageur, babillard sur la place publique, ou danseur à la mode, ou batteur émérite ; tous ces différents états peuvent être très louables en eux-mêmes, et tous ces différents individus me paraissent très moraux.

Qu'est-ce donc encore une fois que le charlatanisme médical ? Attention ; il faut définir. " Le charlatanisme médical est tout acte par lequel des médecins pris séparément ou *collectivement* dérogent aux lois d'honnêteté, de morale, qui dans la profession médicale doivent être autant, sinon plus scrupuleusement observées que dans aucune des nombreuses conditions de la société."

Envisagé à ce point de vue, qui nous semble exact, le charlatanisme prend des proportions gigantesques puisqu'il peut ne pas craindre de pénétrer dans nos vastes enceintes universitaires. C'est en effet ce qui est arrivé ; et c'est parceque cela est arrivé que la loi est venue au secours de la médecine, et lui a dit avec fermeté : je vais te protéger.

Cela est arrivé, quand une université s'est arrogé le droit de faire des étudiants en médecine avec des élèves qui ne possédaient pas les connaissances requises, puisque ces mêmes élèves ne pouvaient montrer des certificats satisfaisants. Peut-on supposer, n'est-ce pas, qu'un élève de méthode ou de versification est suffisamment qualifié pour étudier une science aussi vaste que la science médicale. Non, non, mille fois non !

Cela est arrivé, quand un diplôme a été donné à des individus bien et dûment reconnus comme n'ayant pas d'autre qualification que celle d'un gousset garni aux dépens de la santé publique !

L'autorité avait donc droit de s'alarmer, et j'ai donc droit de dire que nous devons être fiers du secours généreux qu'elle est venue nous porter dans la dernière loi médicale, parce que celle-ci ne reconnaît maintenant qu'à un bureau spécial d'examineurs le droit de faire subir les examens pour l'admission à l'étude de la médecine, et nous assure ainsi que les droits de la profession ne pourront plus être sacrifiés aux intérêts des écoles.

Il était temps. Si nous voulons guérir un organe malade, il nous faut bien souvent chercher la cause de la maladie dans un autre organe. Si nous voulons détruire le charlatanisme des individus, commençons par détruire le charlatanisme *collectif*. La vénalité professée collectivement, conduit à la vénalité individuelle. Or le charlatan n'est pas autre chose que la vénalité personnifiée.

Union Bichat.

A une assemblée tenue par les étudiants en médecine de l'Université Laval à Montréal le 9 octobre, ces messieurs convinrent de se réunir tous les quinze jours dans un but d'instruction mutuelle et de former un cercle auquel ils donnèrent le nom de " Union Bichat."

L'Union Bichat a pour but :

- 1o De cimenter l'union des étudiants de la faculté de médecine de l'Université Laval à Montréal ;
- 2o De s'instruire mutuellement par des lectures et des discussions.

Voici le résultat des élections :

Président, M. Flavien Dupont, bachelier en médecine; Vice-Président, M. Damasse Carrière, bachelier en médecine; Secrétaire-Trésorier, M. Alfred Savard, bachelier en médecine; Membres du comité de régie, MM. Gustave Demers, Benjamin Joannette et Isaïe Cormier.

Séance du 22 Octobre 1875.

Présidence de M. Flavien Dupont, Bachelier en médecine.

Après avoir disposé des affaires de routine, on procéda à la discussion du sujet suivant :

" Doit-on employer le chloroforme dans les accouchements naturels." MM. Demers, Carrière, Mallette, Dupont, Joannette et Cardinal firent les frais de la discussion.

A la prochaine réunion on discutera sur le sujet suivant :
 " Les membranes de l'embryon et du fœtus font-elles partie constituante de l'embryon et du fœtus lui-même."

Et la séance est levée.

ALF. SAVARD, Sec.-Trés.

VARIÉTÉS.

Empoisonnement par la noix muscade.—Le Dr Barry dans le *Saint-Louis clinical record* rapporte l'observation suivante. Une dame de trente-huit ans, mère de quatre enfants, accoucha le 29 juin 1879 d'un très bel enfant. Accouchement

facile : légère crise hystérique après la dernière douleur. Le 30, de vieilles femmes l'engagèrent à prendre de l'infusion de muscade.

On employa une noix et demi pour faire l'infusion et elle la but dans la journée. Vers dix heures du soir elle s'endormit profondément. A quatre heures du matin la stupeur était profonde. A dix heures les effets de la muscade diminuaient et vers quatre heures du soir elle était bien réveillée. Les symptômes étaient à peu près ceux observés avec l'opium.

On emploie souvent la muscade comme condiment mais sans se souvenir de ses propriétés narcotique. A ce titre, cette observation est intéressante.—*Journal de médecine et de chirurgie.*

Population de l'Europe.—Dans les dénombremens faits en différentes contrées on a toujours constaté que le nombre des femmes est supérieur à ce-lui des hommes.

En Europe, il paraît y avoir, terme moyen général, 1,050 à 1,055 femmes environ pour 1,000 hommes, ou 17 à 20 de ceux-ci contre 19 à 21 de celles-là.

Mais ces proportions s'éloignent vraisemblablement un peu des proportions naturelles, qui ne sauraient être déterminées avec exactitude.

1^o Le quart des vivans a communément moins de 10 ans.

2^o La moitié n'atteint pas 30 ans dans les pays où la population est la plus heureuse, ni 20 dans ceux où elle ne l'est point.

3^o Au-dessous de 40 ans, il faut compter des sept-dixièmes aux huit-dixièmes de la population totale.

4^o Passé l'âge de 50 ans, c'est un cinquième à un huitième, à un neuvième de tous les vivans.

5^o Passé l'âge de 60 ans, c'est un neuvième à un dixième et demi.

6^o Passé l'âge de 70 ans, on ne pourrait pas trouver plus d'un trentième à un vingt-cinquième.

Enfin, sur 100 vivans, il n'y en a jamais plus d'un qui ait 80 ans ou davantage.—*Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale.*

DÉCÈS.

A St. Antoine (Rivière Chambly), le 1er novembre, à l'âge de soixante-huit ans, Dame Josephine Emérande Cartier, épouse de J. Bte. Desrosiers, Fec., M.D.

Madame Desrosiers était la mère de notre estimé confrère et collaborateur M. le Dr H. E. Desrosiers, auquel nous offrons nos plus sincères condoléances.