

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

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

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

L'ABEILLE MEDICALE

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

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

Vol. III.

JUILLET et AOUT 1881.

Nos. 7 et 8

Les efforts et les démarches de Laval pour la passation de son bill, sont en preuve irréfutable de la fausse position dans laquelle cette Université se trouvait par l'établissement de sa succursale à Montréal.

L'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal avait donc parfaitement raison de ne vouloir pas reconnaître cette faculté de médecine.

Mais la question légale est-elle même encore par ce fait réglée ? La Législature Fédérale sanctionnera-t-elle ce bill, demandé aux chambres de Québec par quatre requêtes seulement, dont trois par les parties intéressées elles-mêmes, contre quatre à cinq cents pétitions, venant de toutes les parties de la Province, s'y objectant et motivant les raisons qui s'opposent à cette législation ?

Laval peut-elle encore avoir le privilège de manquer à toutes les formes voulues en pareille circonstance, et le protêt des honorables membres du Conseil Législatif restera-t-il donc lettre morte ? Mais de tous les moyens si remarquables employés pour et par Laval pour obtenir son but, nous ne voulons en faire ressortir qu'un seul. Comment pouvait on forcer le vote des membres des deux chambres en leur disant " que c'était l'ordre émané de Rome, que son Décret de 1876 était la boussole qui devait tracer la marche à suivre dans cette

occasion !” Lisez ce Décret et vous verrez que Rome avait principalement en vue les Ecoles de Médecine et de Droit existant alors à Montréal, et, que tout en leur refusant l'affiliation à Laval, elle voulait venir à leur secours par le projet de sa succursale, *sans toutefois déroger en rien à la Charte, pour les empêcher de continuer à rester affiliées à des Universités Protestantes.*

Les personnes mentionnées dans ce Décret et chargées spécialement de travailler dans ce but ont-elles rempli leur mandat ? Où sont les coupables ? Ce ne sont certes pas les Professeurs de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal qui en ont appelé d'abord aux autorités religieuses et puis forcément aux autorités civiles pour l'exécution de la Bulle, du Décret et de la Charte. Ces M.M. en ont prévenu le Recteur de l'Université disant “ *qu'ils garderaient le statu quo jusqu'à ce que Rome eut décidé la question, promettant d'avance de se soumettre à sa décision.*”

Comment a-t-on répondu à ces justes réclamations et ces bonnes dispositions ? En faisant tout ce qui était possible pour détruire l'Ecole, la supplanter et y substituer la succursale ! A cette Ecole qui demandait d'abord son affiliation à Laval, cette Université catholique canadienne-française a toujours répondu par un refus. Quand l'Ecole ou plutôt les autorités religieuses ont cherché, à Rome, à obtenir une Université Catholique indépendante pour Montréal, Laval s'y est encore opposée. Est-ce en lui refusant ainsi l'affiliation, en empêchant ensuite une Université Catholique d'être érigée à Montréal, en éliminant enfin l'Ecole de Médecine de sa succursale que Laval et ses soutiens cherchèrent à empêcher l'Ecole de Médecine de continuer à rester affiliée à une Université Protestante ?

Quel avantage au reste, (si les choses devaient rester ce qu'elles sont actuellement), quel avantage donnerait Laval à Montréal ? Aucun ! absolument aucun ! D'abord toutes les dépenses de ce simulacre d'Université doivent être payées par le diocèse de Montréal et par lui seul ; celui-ci doit

même abandonner encore tous les revenus des diplômes à Laval ; par conséquent, *Montréal qu'on dit être incapable de faire les frais d'une Université* en supporterait seule toutes les dépenses, tandis que tous les revenus iraient à Laval qui ne fournirait rien du tout ! Si Montréal doit et peut ainsi subvenir à toutes les dépenses, si Montréal peut fournir, dans son sein seul, le personnel de quatre facultés de Médecine, de deux facultés de Droit et d'une troisième en voie d'organisation ; si Montréal a tous les grands hôpitaux nécessaires et tous les établissements de haute éducation pour assurer le succès des quatre facultés de Médecine, de Droit, de Théologie et des Arts, sur quels motifs donc Laval se base-t-elle, malgré l'opposition de toute la population de notre district et des districts voisins, pour persister à venir s'implanter ici ? M. Hamel nous l'a dit devant le comité de la Chambre, "*Laval à Québec ne réussit pas, il y a un déficit tous les ans ! Il faut que Québec se refasse avant de permettre à Montréal d'avoir son Université !*" Et c'est en maltraitant ainsi Montréal que l'Université Laval cherche à se refaire ! *Auri sacra fames !* Et c'est pour ce vil motif qu'on l'a vue fouler aux pieds sa Charte, la Bulle qui l'érigait canoniquement, et le Décret qui *pour la protéger* lui permettait de refuser l'affiliation à l'École, mais l'obligeait néanmoins (par le projet de la succursale) de venir à son secours pour l'empêcher de continuer à rester affiliée à une université protestante. Laval n'a donc rien respecté, ni sa Charte, ni la Bulle, ni le Décret, ni le désir du clergé, ni les vœux de la masse de la population !

On a été même, dans la rouerie de la lutte, jusqu'à comparer les Professeurs de l'École aux communaux de France !

Comment alors expliquer leurs démarches auprès du St. Siège ?

L'École n'a pas cherché à faire disparaître Laval comme institution religieuse, elle a voulu seulement que justice lui fût rendue à elle-même, parce que le Décret était émané en sa faveur et qu'on n'y obéissait pas plus qu'à la Charte !

Vouloir l'obéissance à la plus haute autorité ecclésiastique et aux lois civiles ne méritera jamais une censure !

Toutes les démarches de l'Ecole ont été faites avec calme, modération, et dictées par un sentiment de justice. Aussi, a-t-elle grandi avec la marche des événements. Qu'a recueilli Laval au contraire ? Qu'on relise la masse des articles publiés dans les journaux et son bilan est vite fait. Où en est elle même ? N'attend-elle pas encore la sanction de son bill du gouvernement fédéral ? Les tribunaux civils lui ont-ils donné gain de cause ? — Le gouvernement impérial lui a-t-il accordé la chartre qu'elle demandait ? Rome est-elle venue de quelque manière que ce soit à son secours pendant la lutte parlementaire ? Ses Délégués ont-ils réussi à décider Rome à faire un nouveau Décret en sa faveur ?

Non, rien de tout cela n'a eu lieu, et justice ne peut tarder longtemps à être rendue à Montréal : aussi, l'Ecole attend-elle avec confiance le jugement des autorités judiciaires, le désaveu du fameux bill No. 15 par le gouvernement fédéral, et surtout la décision de Rome — Rome verra qu'au lieu de s'occuper des fins religieuses qu'elle se proposait, des intérêts et du succès de la haute éducation qu'elle avait en vue, on en a fait à Québec une pure question de politique, pour laquelle on a tout sacrifié, et le parti politique qui a soutenu Laval en cette circonstance, vient tout à propos confirmer les accusations déjà portées contre elle.

Letzerich a cultivé dans de la gélatine des micro-organismes provenant d'échantillons de sang recueillis chez des sujets affectés de maladies infectieuses diverses : diphthérie, fièvre typhoïde, influenza, etc., etc., et il est arrivé à ce résultat que ces micro-organismes présentent des caractères différents pour chaque maladie. L'auteur expose en détails la marche qu'il a suivie pour ces recherches.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

DU PANARIS.

Leçon professée à l'hôpital Laennec par M. NICAISE, recueillie par M. TISSIER, interne du service, et revue par le professeur.

Messieurs,— Sous le nom commun de panaris, on a réuni pendant longtemps un certain nombre d'affections aiguës des doigts, différentes les unes des autres quant à la nature, la marche, le pronostic et le traitement. On ne les confond pas, mais une même dénomination a pour effet de jeter un certain trouble dans l'esprit. Aujourd'hui je ne vous parlerai que d'une variété de panaris, de celle qui mérite véritablement ce nom spécial.

Je laisserai donc de côté le panaris érythémateux, qui est une angioleucite superficielle ; la tourniole, sorte d'onxyxis ; le panaris anthracoidé qui se rapproche des furoncles ordinaires. Les panaris profonds, tendineux, osseux, les panaris gangréneux, phyténoïdes représentent des complications du panaris. Toutes ces variétés de *panaris* ont été décrites à part par Bauchet et par Chassaignac sous le nom de *dactylites*. Je vous parlerai seulement de l'inflammation du tissu cellulaire sous-cutané des doigts, beaucoup plus fréquente à la face palmaire et surtout à la pulpe du doigt où l'affection présente le mieux ses caractères spéciaux. C'est la *Dactylite phlegmoneuse panniculaire* de Chassaignac.

Mais auparavant, il est utile de rappeler certaines notions de l'anatomie du doigt qui donnent l'explication de plusieurs des phénomènes qui s'observent dans le panaris. A la face palmaire des doigts, l'épiderme et le derme sont très épais, surtout dans la classe ouvrière, plus exposée que les autres au panaris. De la face profonde du derme partent des lamelles, des tractus fibreux solides, qui vont s'insérer au périoste de la dernière phalange et aux gaines tendineuses des autres phalanges, limitant ainsi de petits alvéoles plus ou

moins indépendants les uns des autres, remplis par des lobules graisseux qui font hernie hors de leurs alvéoles après une coupe de la pulpe. Ces lobules cellulo-adipeux, emprisonnés par les cloisons fibreuses, s'enflamment et s'étranglent dans le panaris.

A la première et à la deuxième phalange, les prolongements profonds du derme vont s'attacher, avons-nous dit, non plus au périoste mais à la lame aponévrotique qui, s'insérant de chaque côté au périoste en passant en avant du tendon, forme la gaine périostéo-fibreuse du doigt. Cette gaine, ainsi formée de faisceaux transversaux, n'est pas complète au niveau des articulations phalangiennes où les faisceaux fibreux, au lieu de conserver une direction transversale, deviennent obliques, passent en sautoir au devant des tendons au niveau des extrémités articulaires et laissent des ouvertures par où la synoviale tendineuse vient faire hernie et se mettre au contact du tissu sous-cutané. A cette disposition nous devons rapporter la possibilité du développement des synovites tendineuses dans le cours de l'évolution d'un panaris. Enfin la richesse nerveuse des extrémités digitales est très grande et suffirait à expliquer les douleurs intolérables du panaris. Joignons-y la présence de quelques organes spéciaux qui viennent encore contribuer à augmenter la sensibilité de cette région : les corpuscules de Meissner plus abondants que partout ailleurs dans les papilles nerveuses du derme et les corpuscules de Paccini, disséminés dans le tissu cellulaire sous-cutané, dont le rôle est encore obscur, mais sans aucun doute lié aux fonctions de sensibilité.

Revenons au panaris. Il est principalement observé dans la classe manœuvrière. Il succède habituellement à l'écrasement de la pulpe, aux contusions, aux piqûres faites souvent avec des instruments malpropres, aux plaies des doigts qu'on a négligé de surveiller. Souvent il aurait pour point de départ un durillon forcé.

Les professions qui nécessitent une immersion fréquemment répétée des mains au milieu de liquides irritants, septi-

ques,—celle des teinturiers, des tanneurs par exemple,—constituent encore une prédisposition. Au même titre, les anatomistes sont plus exposés qu'aucun, et s'ils jouissent cependant d'une immunité relative, c'est aux précautions et aux soins de propreté minutieuse dont ils s'entourent, qu'ils en sont redevables.

Le panaris se manifeste par deux symptômes dominants : la douleur et le gonflement.

Au début, le gonflement occupe seulement la pulpe du doigt ; celle-ci perd en partie sa mollesse habituelle qui donne une sensation de fausse fluctuation, en même temps elle devient plus volumineuse, plus ferme, plus résistante, à l'infiltration œdémateuse du début succède une infiltration fibrineuse.

Le gonflement gagne le doigt tout entier et même la main ; l'œdème est alors plus marqué à la face dorsale.

Le malade éprouve d'abord de l'engourdissement dans l'extrémité du doigt, puis ce sont des battements douloureux presque continus, mais la douleur, très circonscrite d'abord, ne tarde pas à devenir, par accès, vive, aiguë ; elle devient ensuite excessive, insupportable, térébrante ; elle est augmentée par la position, elle s'exaspère la nuit. L'acuité de la douleur s'explique par la richesse des plexus nerveux de la pulpe du doigt, par la présence de corpuscules de Paccini et de Meissner.

Quelques phénomènes généraux se montrent : fièvre, agitation, insomnie, inappétence, etc.

Le panaris arrive ensuite à la période de suppuration.—Le pus est infiltré dans le tissu de la pulpe ; le contenu des alvéoles, devenu plus volumineux, est étranglé par les tractus fibreux et se mortifie.—Les tractus infiltrés eux-mêmes, se mortifient également.

Chaque alvéole s'est transformé en une poche, remplie de pus et d'un bourbillon. Plusieurs alvéoles voisins communiquent ensemble, et chacun de ces petits foyers, agissant isolément, amincit progressivement, puis perfore le derme et vi-

de une partie de son contenu sous la couche épidermique qu'il décolle, formant une phycène en communication par un trajet étroit avec l'abcès sous-dermique.—C'est comme l'abcès en bouton de chemise de Velpeau.

Quand l'épiderme, soulevé par le pus de plusieurs petits foyers, finit, malgré son épaisseur et sa résistance, par se laisser rompre et par livrer passage au pus qu'il retenait, on peut constater que le derme présente cinq ou six orifices qui pénètrent dans une cavité anfractueuse, traversée par des tractus fibreux.

Par ces orifices on voit sortir de petites masses jaunâtres, concrètes, infiltrées de pus, ce sont des bourbillons, formés de tissu conjonctif mortifié, de grumeaux de fibrine, le tout infiltré de pus.

Une des particularités du panaris de la pulpe est la lenteur et l'irrégularité de son évolution. Les accidents semblent en voie de décroissance, soit après l'ouverture spontanée d'un foyer, soit après une incision libératrice ; mais de nouvelles souffrances, accompagnant de nouveaux abcès, témoignent que le processus avait envahi d'autres alvéoles, primitivement indemnes. La raison de cette ténacité du mal et de sa persistance, de sa marche rémittente, est toujours cette disposition anatomique des lobules graisseux.

Chaque lobule, nous l'avons noté, est plus ou moins indépendant de ses voisins. Si le sphacèle de quelques cloisons de séparation peut amener la réunion de plusieurs alvéoles, il n'en est pas moins vrai qu'il reste des compartiments distincts où l'infiltration fibrineuse se propage progressivement, en sorte que l'on a une succession d'inflammations circonscrites, venant faire éclosion chacune à son heure.

Enfin, au bout de trois ou quatre semaines, le plus ordinairement, la guérison est obtenue, et cette fois sans réserve. Dans les cas favorables, il ne reste comme traces que les cicatrices de la pulpe, plus ou moins irrégulières, et souvent adhérentes. L'ongle ne tombe pas généralement.

Mais souvent aussi l'on est moins heureux, et de graves et

multiples complications retardent et compromettent la terminaison. Plusieurs de ces complications sont parfois décrites comme des variétés du panaris. C'est d'abord la gangrène de la peau par compression ou infiltration fibrineuse. Puis l'épaisseur du derme et de l'épiderme, en s'opposant à la progression du pus vers l'extérieur, donne à l'inflammation le temps d'atteindre les couches profondes, de gagner le périoste et l'os de la phalange ; la conséquence fréquente de cette propagation est la nécrose, quelquefois rapide, puis l'élimination de l'os atteint. J'ai insisté au début sur la disposition anatomique de la région qui rend compte de la facilité avec laquelle le périoste s'enflamme. L'inflammation profonde peut encore gagner la synoviale tendineuse au niveau des articulations où la protection de la gaine aponévrotique est moins efficace, ainsi que nous l'avons montré plus haut ; le tendon peut se mortifier. S'il s'agit du pouce ou du petit doigt, la complication sera beaucoup plus redoutable en ce que ces deux doigts ont leur séreuse en communication avec les gaines de la paume de la main, d'où la possibilité de synovites supprimées des gaines de la paume de la main et de l'avant-bras.

On a pu signaler encore comme complications survenant au cours d'un panaris des arthrites des articulations phalangiennes, la propagation du phlegmon à la main et à l'avant-bras, la lymphangite du membre supérieur ; et même la pyohémie. Je ne puis que mentionner ces divers accidents par bonheur assez rares sauf cependant l'ostéite et la nécrose de la phalangette, au contraire assez communes.

Le diagnostic du panaris ne présente pas de difficultés, j'insisterai seulement sur l'utilité qu'il y a à explorer attentivement la pulpe du doigt par la pression, car dès que celle-ci détermine en un point une douleur vive, aiguë, une sorte de piqure, il n'y a plus guère à espérer la résolution de l'inflammation, la suppuration est à peu près inévitable, il est alors avantageux de faire dès ce moment une incision correspondant à ce point douloureux, et l'on trouvera une gouttelette de pus ou un bourbillon en voie de formation.

Le pronostic du panaris présente une gravité relative, la maladie est très douloureuse, elle est longue, elle s'accompagne souvent de complications ; aussi le traitement doit-il tendre à en diminuer la durée et à prévenir les complications.

Quant à la nature du panaris, plusieurs opinions sont mises en avant :

Billroth le considère comme étant une simple inflammation du tissu cellulaire ; pour Roser cette inflammation se rapproche de celle qui amène le furoncle, c'est une inflammation fibrineuse.

Enfin je citerai l'opinion de Chassaignac, Bauchet, Dolbeau, Chevalet, Sappey, pour qui le panaris est une inflammation des vaisseaux lymphatiques de la région.

Il est difficile de se prononcer entre ces différentes opinions, d'autant plus que souvent on rencontre réunis les trois facteurs dont chacun est donné comme la caractéristique de la maladie ; nous serions peut-être plus disposés à faire jouer le rôle principal à la nature de l'inflammation, qui est caractérisée par un exsudat fibrineux.

Un traitement rationnel vous permettra souvent de préserver vos malades de ces complications s'ils s'adressent à vous dès le début, et non pas après avoir essayé tous les remèdes populaires, grâce auxquels ils arrivent si fréquemment à perdre leur phalange, sinon leur doigt.

Le seul traitement qui convienne est le traitement anti-phlogistique. Vous avez soin, dès l'abord, de faire placer le bras dans une écharpe en élevant la main autant que possible.—La position est importante.—Puis vous prescrivez des bains locaux, deux à trois par jour, chacun de une heure à une heure et demie, bains émollients d'eau de guimauve, à laquelle vous ajoutez de l'acide phénique en cas de plaie. Dans l'intervalle des bains, de larges cataplasmes sont appliqués, recouverts de taffetas gommé. En même temps vous ne devez pas négliger les révulsifs intestinaux.

Si, malgré ces soins, l'amélioration ne se produit pas, si les souffrances continuent, si l'insomnie persiste, vous ne de-

vez pas plus longtemps hésiter à recourir au bistouri : vers le troisième ou le quatrième jour, il faut inciser le doigt malade en un point déterminé, en celui où par la pression on produit une sensation de piqûre violente ; et, si les douleurs reviennent, si l'amendement qui suit toujours immédiatement le débridement, ne se maintient pas, incisez à nouveau.—J'ai insisté sur ces poussées successives qui se montrent quelquefois dans le panaris.

Après l'incision, on applique sur le doigt des cataplasmes émollients, recouverts d'huile phéniquée, et l'on prescrit des bains locaux phéniqués.

Pour abrégé la marche de la maladie, pour éviter les incisions successives, si souvent nécessaires, on a songé à des opérations plus radicales dès le début,—je veux parler du curage et de l'incision par transfixion de la pulpe du doigt.

Le *curage* se fait par une incision suffisante, à travers laquelle on passe une curette qui fait l'abrasion de la pulpe du doigt ;—ce traitement a été proposé également pour l'anthrax.

Dans l'incision par transfixion, que je suis disposé à proposer pour certains cas, on taille une sorte de lambeau palmaire qui ouvre la plupart des alvéoles, permet l'expansion facile des exsudats et empêche l'étranglement ; l'inflammation n'aura pas alors le temps de gagner le périoste de l'os. Cette opération conviendrait quand l'on craint l'inflammation de toute la pulpe, que celle-ci est gonflée et douloureuse dans presque tous ses points.—(*Gazette Médicale*, 16 juillet 1881.)

M. Gauthier a trouvé dans la salive humaine normale une substance très toxique, surtout pour les oiseaux, qu'elle stupéfie profondément, substance soluble et non albumineuse dont l'activité résiste à une température de 100 degrés.

Elle est principalement formée d'un alcaloïde vénéneux à chloroplatinate et chloro-aurate solubles et cristallisables, et de la nature des alcaloïdes cadavériques, car l'extrait de la salive donne du bleu de Prusse avec le ferri-cyanure de potassium et un sel ferrique.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

Sur les affections chirurgicales des pieds.

Leçon clinique de M. le professeur GOSSELIN,

Messieurs,

Je veux vous parler aujourd'hui d'affections qu'on rencontre assez fréquemment aux pieds, et qu'on désigne sous les noms d'oignon, cor, durillon, mal plantaire ou mal perforant, vous montrer les différences qui les séparent, et établir les rapprochements qu'on peut faire entre elles.

Au n° 31 de la salle Sainte-Vierge se trouve un homme qui est entré avec un abcès à la partie interne et postérieure du gros orteil droit. Cet abcès, qui s'est ouvert spontanément, est devenu fistuleux, et il est facile, à travers son orifice, de conduire un stylet dans une petite cavité sous-cutanée ; il n'y a pas de lésion osseuse. Cet abcès a été précédé par une petite tumeur à laquelle on donne le nom d'oignon. L'oignon est constitué par un léger épaissement de la peau, au-dessous de laquelle se développe une véritable bourse séreuse ; la compression de la petite tumeur provoque de la douleur, et il en résulte une certaine gêne dans la marche ; puis, sous l'influence d'une compression trop forte ou d'une contusion, la bourse séreuse s'enflamme, et il se produit un hygroma. Dans le cas qui nous occupe, l'inflammation reconnaît pour cause une double pression : celle qu'exerce la chaussure, de dehors en dedans, et celle qu'exerce de dedans en dehors l'extrémité antérieure du premier métatarsien qui, affecté d'hyperostose, présente à sa partie interne une saillie très notable. En résumé, et c'est là le point important, ce qui constitue l'oignon, c'est la présence, au-dessous de la peau très légèrement épaissie, d'une bourse séreuse constante et bien développée, au niveau d'une saillie anormale du premier métatarsien ; cette saillie peut dépendre, comme cela a lieu souvent, d'une subluxation en dehors du gros orteil, ou, comme cela s'est passé chez notre malade, d'un développement anormal de ce même os, sans déviation de l'orteil.

Vous avez vu, au n^o 4 de la même salle, un malade auquel j'ai ouvert un abcès situé à la face externe du petit orteil gauche, dont le point de départ a été un cor et une inflammation développée au-dessous de ce cor. Il existe, en effet, au niveau du point abcédé, un épaissement de l'épiderme facile à constater. La pression à ce niveau est fort douloureuse, ainsi que sur la face dorsale du pied qui est très rouge, légèrement gonflée. Nous n'avons pas, comme dans le cas précédent, à faire intervenir la compression d'un métatarsien hypertrophié : la pression exercée par la chaussure doit seule être incriminée. En quoi le cor diffère-t-il de l'oignon ? Le cor est constitué par un épaissement considérable de l'épiderme et du derme, il peut présenter et il présente en général une petite bourse séreuse à sa face profonde, mais c'est là une lésion accessoire, ce n'est pas l'élément prédominant comme dans l'oignon. Nous devons ajouter cependant que lorsqu'un cor s'enflamme, le point de départ est ordinairement dans la bourse séreuse, lorsqu'elle existe. Les abcès consécutifs aux cors sont souvent observés chez les personnes inexpérimentées qui les coupent trop profondément. Chez notre malade, il n'y a pas à invoquer cette cause ; l'inflammation sous-jacente au cor et devenue phlegmoneuse, suppurative, paraît être arrivée spontanément ou à la suite d'un excès de pression dans une marche forcée

Je ne laisserai pas passer ce malade sans vous parler de la rougeur qu'il présente à la face dorsale du pied. Elle a manifestement pour point de départ le cor enflammé, et pourrait faire songer tout d'abord à de l'érysipèle ; mais le malade n'a pas de fièvre, on n'a observé aucun des symptômes généraux qui accompagnent l'érysipèle ; ce n'est que de l'érythème. Comme lésion locale, les deux affections se ressemblent beaucoup ; il s'agit en effet d'une dermite ou cutite, ou inflammation des différents éléments qui constituent la peau, inflammation à laquelle participeraient toutes les parties vasculaires, aussi bien les vaisseaux sanguins que les vaisseaux lymphatiques. Ceux qui attachent à l'altération de ces der-

niers la plus grande importance on peut dire que c'est une lymphangite, non pas cette lymphangite des gros troncs qui porte le nom de tronculaire, mais la lymphangite des réseaux superficiels, à laquelle on a donné le nom de réticulaire. De part et d'autre il y a dermite, et en même temps phlébite capillaire et lymphangite ; mais l'érythème est apyrétique, ou s'accompagne d'une réaction fébrile peu marquée ; l'érysipèle au contraire est une maladie fébrile, avec des symptômes généraux graves, dûs à une infection de l'économie. On discute encore sur la nature de l'agent infectieux. Quant à nous, nous avons toujours été convaincu que l'érysipèle est dû à l'absorption par les tissus ouverts d'un principe septique qui, formé dans la plaie, se diffuse dans tout l'organisme ; il est vrai que nous n'en avons pu démontrer l'existence matérielle. Peut-être verrons-nous la question jugée par le mouvement scientifique qui, à l'heure actuelle, porte les esprits vers l'étude des microbes.

Mais revenons à notre sujet. Au n° 28, nous avons un exemple d'une autre affection qu'on a nommée mal perforant plantaire, mais que j'aime mieux appeler simplement plantaire. Chez notre malade, l'affection siège à la partie moyenne de la surface saillante située au-dessous des articulations métatarso-phalangiennes ; elle peut siéger ailleurs, et sans aller plus loin le même malade a dû déjà subir l'amputation des deux gros orteils à la suite d'un mal plantaire de la pulpe de ceux-ci. La lésion initiale du mal plantaire est encore un épaississement dermo-épidermique, une accumulation épithéliale jointe à un épaississement du derme, en un mot c'est la même que le cor ; seulement, ici l'épaississement est beaucoup plus étendu, il est diffus, étalé pour mieux dire, et l'usage a consacré le mot de durillon pour ces corps étalés. Cette lésion initiale, véritable durillon plantaire, s'observe fréquemment chez des personnes qu'y prédispose une conformation vicieuse, le pied plat par exemple, ou bien chez celles dont la tête des métatarsiens fait une trop grande saillie. En dehors de ces causes prédisposantes individuelles, il est cer-

tain que la station debout prolongée, une marche exagérée, peuvent être la cause du durillon plantaire. A un degré plus avancé, nous voyons des abcès se développer ; une inflammation ulcéralive leur succède, une fistule persiste. en un mot nous observons là ce qui peut arriver pour les oignons et pour les cors. Mais les fistules consécutives aux oignons et aux cors abcédés guérissent encore assez facilement, elles ne s'accompagnent que de phénomènes inflammatoires passagers, et les récidives ne sont pas fréquentes. Dans le mal plantaire, au contraire, on n'obtient la guérison des fistules qu'avec les plus grandes difficultés, à la suite d'un repos prolongé, et la récidive est la règle : à preuve notre malade auquel, nous l'avons dit déjà, on a enlevé les deux gros orteils pour une affection semblable, qui semblait guérir par le repos, mais se reproduisait aussitôt que le malade marchait. Ainsi se montre dans toute son évidence l'influence de la malformation plantaire qui, chez cet homme, a présidé au développement successif des maux plantaires qui l'ont affecté. Au lieu de s'étendre en largeur, la fistule du mal plantaire gagne en profondeur ; ses parois se recouvrent d'un tissu spécial que Follin crut être de nature épithéliale, opinion que n'ont confirmée ni la marche générale du mal, ni les recherches ultérieures. Dans un deuxième degré, le mal plantaire atteint les gaines synoviales des tendons, et arrive jusqu'au périoste qu'il dénude. Un pas de plus, et le troisième degré est constitué : les articulations sont envahies, le périoste est détruit, les os nécrosés ou cariés, une suppuration longue s'établit.

Par ce qui précède, messieurs, je vous ai montré quelles différences et quelles analogies existent entre l'oignon, le cor et le mal plantaire. Transportons ces données au traitement et voyons quelle thérapeutique nous instituons pour chacun des trois malades qui ont fait le sujet de cette leçon.

L'abcès fistuleux consécutif à l'oignon n'ayant aucune tendance à se cicatrizer, comme toutes les cavités suppurées analogues, hygromas, kystes, nous avons fendu crucialement la paroi superficielle de la petite cavité, et nous excitons le

bourgeonnement des parties profondes vers les superficielles en maintenant au fond de la plaie de petits morceaux de tarlatane couchés dans l'incision cruciforme.

Au n° 4, nous avons ouvert le petit abcès chaud développé au-dessous du cor, et selon la pratique que nous avons adoptée dans un grand nombre de circonstances, nous avons, après la sortie du pus, injecté de l'alcool pur dans la cavité. Comme vous avez pu l'observer dans nos salles, ce mode de traitement diminue la suppuration et favorise une cicatrisation rapide.

Quant au mal plantaire, nous pourrions le guérir par le repos ; mais si le malade recommence à marcher, les récidives seront inévitables. Aussi, instruit par l'expérience, celui-ci nous a-t-il, de son propre mouvement, demandé une jambe de bois. Non seulement nous la lui accorderons, mais nous la lui aurions conseillée, persuadé que c'est là pour lui le seul moyen de se débarrasser des tracasseries que lui suscite son mal plantaire.—(*Gazette Médicale*, 16 avril 1881.)

Brochures reçues.

Des intermittences du pouls, de la syncope et de la mort subite dans la convalescence de la fièvre typhoïde, par le Dr Langlet, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin de l'Hôtel-Dieu de Reims.

Walsh's retrospect, a quarterly compendium of American Medicine and Surgery. Edited and published by Ralph Walsh, M.D., Washington.

Hôtel-Dieu.

Dans le cours du mois de juin dernier M. le Dr Hingston a encore pratiqué avec le plus grand succès l'opération de l'ovariotomie.

De l'hémoptysie et de son traitement ;

Par le docteur DAUVERGNE père
Médecin de l'hôpital de Manosque, des épidémies
de l'arrondissement de Forcalquier.

Malgré les recherches anatomo-pathologiques modernes, il s'en faut que l'on soit assez éclairé sur les causes du crachement de sang venant du poumon pour diriger suffisamment la pratique. D'autre part, le traitement exposé dans les livres classiques est une répétition invariable sans critique, adressée à presque toutes les hémoptysies, et laissant ainsi les praticiens dans un perpétuel embarras.

La première question qui se pose à l'apparition d'un crachement de sang est de savoir s'il est occasionné par la présence de tubercules, et cependant, si cette cause aggrave le pronostic, elle ne modifie en rien le traitement. Ce qui le change, ce seront d'autres circonstances dont nous ne devons pas traiter dans ce travail, mais que nous devons faire remarquer aussitôt, précisément afin de faire bien distinguer les espèces d'hémoptysies dont nous devons nous occuper. Pour cela, j'ai pensé d'établir une classification de ces hémorrhagies pulmonaires, pour voir dans un coup d'œil leurs différences pathogéniques, et juger de suite par leurs origines de leur différence de traitement.

Dans ce tableau ne figurera pas l'hématémèse, que je suppose parfaitement connue et différenciée des hémorrhagies qui se font aussi par la bouche, mais qui arrivent aussi de la poitrine, soit qu'elles partent des bronches, des gros vaisseaux pulmonaires, ou même refluent du cœur.

Classification des hémorrhagies de la poitrine.—Hémoptysies symptomatiques : tuberculeuses (primitives, consécutives), inflammatoires, apoplectiques (par embolies, par thromboses, par gangrène) ;

Hémoptysies accidentelles : constitutionnelles, affections cardiaques, ruptures (vasculaires, aortiques), supplémentaires.

Je ne traiterai pas des hémorrhagies provenant des affec-

tions du cœur ou de ruptures des gros vaisseaux, parce qu'elles sont assez faciles à reconnaître par les commémoratifs, et parce qu'elles ne sauraient réclamer le même traitement que celles qui sont occasionnées par des moyens d'inflammation ou de congestion produite par des tubercules, ou par suite de disposition hémorrhagique constitutionnelle. Je ne m'occuperai que de ces dernières espèces, parce qu'en définitive elles proviennent ou elles laissent un état de congestion qu'il s'agit de combattre et qui est heureusement combattu par les mêmes moyens. En un mot, je ne traiterai que des hémoptysies du précédent groupe de ma classification.

D'ailleurs, comment différencier ces sortes d'hémoptysies ? Pendant qu'Andral disait que sur cinq hémoptysies quatre étaient tuberculeuses, Trousseau "croit pouvoir affirmer que sur un nombre déterminé de véritables hémoptysies il y en a autant de non tuberculeuses que de tuberculeuses." (Pidoux, *Etude sur la phthisie*, p. 257.) Tandis que le crachement de sang, dit Pidoux, "n'a pas pour cause réelle immédiate la présence physique des lésions tuberculeuses formées." (*Ibid.*, p. 270.)

Ce qu'il y a de certain encore, c'est que "l'hémoptysie, considérée en elle-même, ne fournit jamais des données capables de conduire à la détermination de la lésion qui produit le crachement de sang." (Monneret et Fleury, *Compendium de médecine*, t. IV, p. 461.) Pareillement, le professeur Bouillaud a justement déclaré qu'on pouvait deviner une hémoptysie tuberculeuse, mais qu'on ne la diagnostiquait jamais.

Enfin, la clinique atteste, d'autre part, "qu'à côté d'hémoptysies qui hâtent la marche de la phthisie, il y en a beaucoup qui lui sont indifférentes, et un certain nombre qui lui sont salutaires en éloignant pour longtemps, quelquefois pour toujours, de nouvelles éruptions de broncho-pneumonies tuberculeuses." (Pidoux, *ibid.*, p. 268.)

Je J'ai soigné deux sœurs, l'une aujourd'hui âgée de cinquante ans, l'autre de quarante, qui ont des constitutions hémor-

rhagiques extraordinaires et qui, aujourd'hui, se portent à merveille. L'aînée a eu des épistaxis effrayantes ; la seconde, après avoir eu, à l'âge de seize ans, une perte utérine grave et rare à cet âge, a eu deux hémoptysies considérables, mais rapides ; depuis elle se borne à être abondamment réglée. Lors de ses hémoptysies, je m'effrayai plus qu'elle, qui immédiatement après se trouva si bien, qu'elle ne voulut faire aucun remède, et que depuis près de dix ans, quoique maigre, elle travaille avec activité, vivacité et gaieté,

J'ai pareillement dans ma clientèle une jeune fille, dont le frère est mort phthisique sans hémoptysie, pendant qu'elle, il y a quelques années, eut un vomissement de sang subit et considérable, provenant manifestement des voies respiratoires. Depuis aucun signe n'a pu faire soupçonner la tuberculose : fraîche, jolie, robuste, les chairs fermes, gaie, bien réglée ; mais ne deviendra-t-elle pas tuberculeuse ? Ce serait assez étrange ! Toutefois je remarque qu'il y a plus de phthisies sans qu'avec hémoptysie.

L'hémoptysie n'est donc pas toujours un symptôme alarmant, et lors même qu'elle est la conséquence de la tuberculose, elle est, dit-on, plutôt un soulagement qu'une aggravation de la maladie. Qui ne sait que mon excellent ami et maître le savant professeur Gerdy est parvenu jusqu'à l'âge de soixante-cinq ans après avoir eu diverses hémoptysies ? Je vois quelquefois une femme qui approche de soixante-quinze ans, maigre, catarrheuse, essoufflée, dyspnéique, assurément tuberculeuse, qui, depuis vingt ans, plus de deux fois par an a un crachement de sang plus ou moins abondant en persistance. C'est ainsi que j'ai été frappé de la vérité de ces paroles, lorsque le professeur Fonssagrives dit : " Il faut tout faire pour prévenir la fluxion hémoptoïque, et respecter l'écoulement du sang quand il n'est pas compromettant par son abondance." (*Thérapeutique de la phthisie pulmonaire*, p. 63)

Malheureusement, que peut-on quand le crachement de sang est compromettant par son abondance ? Ne provient-il

pas alors de la rupture ou de l'ulcération de quelque gros vaisseau ? Il y a deux ans qu'un pauvre phthisique dans le marasme, crachant du pus depuis longtemps, et chez lequel le cœur n'était pas sans lésion, est pris tout à coup d'un vomissement de sang si abondant qu'il en inonde son lit et sa chambre, puis tombe en convulsion ; des sinapismes, du vin généreux, du perchlorure de fer le ranimèrent légèrement, pour s'éteindre deux jours après. Cette abondance si subite de sang ne pouvait provenir que d'une rupture de vaisseau ou d'une ulcération caverneuse, ayant atteint quelque artère pulmonaire importante. C'est ce que j'appelle une *hémoptysie consécutive*.

J'ai cru constater qu'une toux préalable, sèche, précédait de plusieurs jours l'hémoptysie tuberculeuse ou dépendante de quelque point enflammé du poumon ; tandis que dans l'apoplexie pulmonaire, que d'autres ont appelée *pneumo-hémorrhagie*, l'éruption du sang était subite et sans aucun symptôme précurseur. Je tendrais donc à croire qu'il s'agit ici de quelque déchirure pulmonaire, malgré que, depuis Laennec, les pathologistes n'admettent de ruptures de vaisseaux qu'en cas d'ulcérations de l'aorte et des veines pulmonaires à la suite des maladies du cœur. Aussi Grisolle croit l'apoplexie pulmonaire toujours mortelle, et refuse d'admettre la guérison d'une pneumo-hémorrhagie que produit Gendrin. Ce qu'il y a de certain, c'est que j'ai soigné un vieillard et un enfant de douze ans ayant eu une de ces apoplexies pulmonaires subites, inattendues et prodigieuses, et qui s'en sont tirés à merveille ; l'enfant est aujourd'hui un vigoureux paysan. J'ai pu constater dans ces deux cas ce qui est indiqué, que le sang était moins rutilant, moins spumeux, parce qu'il était moins fouetté avec l'air dans les bronches, l'hémorrhagie étant plus abondante, plus rapide, rejetée à plus grands flots. Toutefois, sitôt qu'il est prouvé que le crachement de sang ne provient pas de l'aorte ou d'une maladie du cœur que les commémoratifs expliquent, le traitement ne saurait être très différent. Tubercules, noyaux inflammatoires excitants, ou

rupture de quelque vaisseau pulmonaire, témoignent autant d'une congestion primitive que consécutive, et c'est précisément cette congestion, cause première ou persistante, qu'il faut combattre. De tout temps, en pareil cas, on a préconisé la saignée, qu'on a crue dérivative ; les astringents, les révulsifs. Malheureusement, s'il est douteux que la saignée soit dérivative, il est certain qu'elle ajoute à la perte de sang de la maladie celle de la thérapeutique. Les astringents arrivent trop indirectement sur le poumon pour produire quelque effet, et la plupart des révulsifs à notre disposition ne sont pas assez puissants. Les ventouses Junod seules pourraient avoir quelque action, que l'on croit cependant trop éphémère.

J'ai soigné, il y a une trentaine d'années, un forgeron âgé de vingt ans, d'une musculature puissante, et cependant issu d'une mère qui mourut phthisique et d'un père qui avait eu des frères ou scrofuleux ou phthisiques. Ce jeune homme fut pris tout à coup de l'hémoptysie la plus abondante et la plus persistante. Laennec a cité des hémoptysies de 6 kilogrammes. Grisolle cite J. Frank qui en avait évalué de 6 à 14 kilogrammes. Je ne pourrais estimer à moins l'hémorrhagie dont je parle ; le malade en remplissait des cuvettes et inonda sa chambre. Elle fut d'ailleurs tellement grave que ce jeune homme resta plus d'un an à se remettre, bien qu'il ne crachât plus un seul filet de sang, Mais il toussait, et tout le côté gauche avait une submatité générale. La respiration y était fort obscure, avec quelques râles muqueux disséminés.

Evidemment, si tout le poumon n'a pas été engoué et congestionné dans son parenchyme au moment de l'hémoptysie, ce sang si prodigieusement abondant a été fourni par les plus petites radicules de tout l'arbre bronchique, et de là à une congestion parenchymateuse, il ne saurait y avoir grande différence ; d'autant plus que diverses autopsies, et notamment celle du frère du malade, m'ont prouvé que, dans ces cas, la congestion persistante détermine des néoplasies qui se manifestent par un tissu interaréolaire rendant le poumon

plus charnu, moins perméable et crépitant, et d'une couleur moins prononcée, c'est-à-dire plus blanc.

Donc, quoi qu'on dise de l'hémoptysie et de la pneumo-hémorrhagie, il doit y avoir des nuances infinies. Ainsi, dernièrement une jeune dame, à la suite d'une pleurésie, à mon sens mal traitée, pendant qu'elle était dans une convalescence de fort mauvais aloi, alors qu'elle était alimentée par de bons bouillons additionnés de viande crue et pilée, des côtelettes et des biftecks, quelquefois du gibier, sans excepter le lait pour boisson, au lieu de tisane, alors qu'elle avait le pouls fréquent, 90, 95 et 100, fut prise d'une douleur sur le sein gauche (côté opposé à la pleurésie). Matité sur ce point dans l'espace de la paume de la main, limitée entre la troisième et la cinquième côte ; tandis que plus haut, à la région claviculaire, le son était clair. L'auscultation donnait au point obscur un bruit de souffle assez fort, et plus haut dans l'espace sous-claviculaire une respiration exagérée, un peu rude, mais sans râle crépitant ou craquement. J'ajoute que, quelques jours avant la douleur, l'auscultation ne témoignait de rien d'anormal, et surtout d'aucune matité, d'aucun souffle, preuve qu'une masse tuberculeuse ne s'était pas développée dans l'espace d'un ou deux jours, et surtout hors de son point d'élection, le sommet du poumon. La fièvre augmenta (110, 116, 120), la chaleur devint vive, les urines rouges. La toux, qui avait précédé de quelques jours ces phénomènes, et qui n'avait pu être calmée par diverses préparations opiacées, amena quelques crachements de sang, peu rutilant, pouvant être estimés pendant les trois jours qu'ils persistèrent à 70 grammes ou peut-être 100 grammes. Précédemment cette dame mouchait parfois du sang, et en même temps que ces hémorrhagies pulmonaires et nasales s'effectuaient, les règles survinrent à leur époque, furent abondantes et régulières comme dans la plus parfaite santé.

Est-ce là une hémoptysie symptomatique de tubercules ou la suite de cette inflammation pulmonaire circonscrite et limitée ? Le sommet du poumon n'est pas engoué, la matité que

l'on constate est plus bas et elle s'est manifestée tout à coup avec la douleur ; dans ce cas, n'est-elle pas plutôt un signe de péripneumonie ? De plus, quelques jours après, la matité persistant, le souffle disparut. N'est-ce pas là l'annonce d'une organisation pseudo-membraneuse de la plèvre, comme dans tout le côté droit de cette même malade, dont nous parlerons encore un jour en traitant de la pleurésie en particulier ?

Dans cet état, avec les incertitudes de la science au sujet des premiers signes de la tuberculose, n'y a-t-il pas plusieurs raisons de croire plutôt à un crachement de sang provenant à la fois de l'engorgement subit péripneumonique limité et constaté, et du molimen hémorrhagique que manifestaient en même temps des saignements de nez et les règles ? molimen hémorrhagique préparé encore par un état inflammatoire mal éteint ; premièrement par la rareté des évacuations sanguines sous le prétexte que la malade était anémique, elle qui, quoique d'un teint très blanc, avait des lèvres de corail, les gencives, la langue et les conjonctives très rouges ; secondement, parce que, au contraire d'antiphlogistiques, on a traité sa pleurésie avec des vésicatoires pendant la fièvre et l'état aigu ; vésicatoires qui ont eu pour effet immédiat de rendre mat le murmure respiratoire, insensible depuis la pointe du scapulum jusques au-dessus de la fosse sous-épineuse ; troisièmement enfin, par la nourriture fortement animalisée et intempestive, au moment où l'excitation circulatoire n'était pas encore suffisamment éteinte. Toutes ces conditions pathologiques et antihygiéniques peuvent-elles compter pour rien dans ce molimen hémorrhagique et le crachement de sang ? Graves a dit avec un sens bien profond : Une convalescence prolongée est toujours dangereuse." (*Leçons de clinique médicale*, t. I, p. 65.) " La convalescence, dit Chomel, peut être interrompue par le retour de la maladie ou le développement d'une autre affection." (*Dictionnaire* en 21 volumes, art. CONVALESCENCE.)

Voici un autre fait qui prouve deux choses : premièrement, qu'une convalescence incomplète est toujours fort dangereuse.

se, comme l'a dit Graves ; et secondement, qu'une inflammation pulmonaire chronique donne lieu à des hémoptysies, comme l'apoplexie pulmonaire et la tuberculose. Ce cas, une observation de Laennec, celle de Gendrin prouveraient que, tandis que l'hémoptysie est constante dans ce cas, elle ne l'est pas dans la tuberculose, parce qu'il y a nombre de phthisiques sans crachement de sang ni primitif ni consécutif.

En 1851, un régiment fut envoyé de Toulon dans les Basses-Alpes, et notamment à Manosque. Un jeune soldat, écervelé de sa nature, tambour, après avoir conservé des vêtements mouillés pendant une journée, fut pris à Toulon d'une pneumonie et y fut traité par les saignées et le tartre stibié. Aussitôt debout, il voulut partir et rejoindre son régiment. En route, il crache du sang et s'alite à Valensole, à Digne, aux Mées, où il fut soigné à peu près partout ; mais, toujours impatient, il en part à peine amélioré, s'alimentant comme il l'entendait. Enfin, arrivé à Manosque, il entre à l'hôpital, où on en avait désespéré, lorsque je repris le service. A ce moment, je le trouvaai avec le côté gauche entièrement plein, tout à fait mat de la base au sommet, et remplissant plusieurs fois son crachoir de sang rutilant. Son pouls était petit, filiforme ; la respiration précipitée, dyspnéique ; partant, il était d'un amaigrissement et d'une faiblesse extrêmes. Que faire ? Le saigner, c'était impossible ; lui donner du tartre stibié à hautes doses, n'est-ce pas l'exposer à des secousses trop violentes pour sa faiblesse ? à doses nauséuses, aurait-il le temps d'en ressentir quelques effets ? Dans cet embarras, j'hésitai, puis j'essayai du traitement suivant : soir et matin, pendant deux heures, entretenir un bain de pieds chaud et quelquefois sinapisé, pendant qu'il est en travers de son lit à demi couché, soutenu par des oreillers. En même temps appliquer sur le côté malade des linges trempés dans de l'eau froide et constamment renouvelés. De l'eau gommée et toutes les trois heures, puis toutes les deux heures, du lait coupé avec cette même eau, tout cela pour nourriture et unique boisson. Deux jours après, le

malade ne crachait plus de sang rouge, c'est-à-dire nouvellement épanché, il crachait du sang noir, qui était déposé depuis longtemps, puis des crachats jus de pruneaux, à mesure que l'hépatisation pulmonaire se résolvait et que la poitrine redevenait progressivement sonore. Enfin, deux mois après, cette pneumonie quatre ou cinq fois en récidive, et ayant produit des hémoptysies abondantes, fut guérie par la persévérance de cette simple médication dérivative et révulsive aidée de la diète la plus rigoureuse et exclusivement lactée.

Je rappellerai ici deux pneumonies du sommet, l'une sur un paysan robuste et vigoureux d'une soixantaine d'années, l'autre sur un maçon de quarante cinq ans, pareillement vigoureux, et fortement constitué. Ils avaient des crachements de sang pur et abondant, avec de la matité au sommet de la poitrine, râles crépitants, souffle, etc. La diète, la saignée, les antimoniaux, chez le premier, que je visitai avec feu mon confrère M. Jouvent de Gréoux, le remirent deux ou trois fois ; mais, ne pouvant être contenu à un régime lentement progressif, il finit par succomber. Le second, que je ne vis qu'après quelques mois d'un traitement par les vésicatoires, fut considérablement amélioré par la diète et une médication antimoniale et digitalée ; mais, malgré sa bonne volonté, lorsqu'il arrivait à prendre une certaine nourriture, les phénomènes phlegmasiques et hémorrhagiques recommençaient, de sorte qu'il succomba aussi, comme le malade cité par Laennec et ceux de Grisolle. Voilà bien des faits qui prouvent d'abord que l'hémoptysie survient dans d'autres circonstances que dans celles de la tuberculose, et que probablement Trousseau a eu raison lorsqu'il disait qu'il y avait autant d'hémoptysies provenant d'autres causes que de la tuberculose.

D'autre part, le fait du soldat guéri et ceux-ci même attestent la grande influence de la diète dans ces phlegmasies pulmonaires ; et cependant aujourd'hui, à la suite des doctrines anglaises et surtout allemandes, on a exagéré pour toutes les maladies l'alimentation. M. Foster, en particulier, même M.

Pidoux pour la tuberculose, ont préconisé une nourriture animalisée, même alcoolique, en disant qu'il fallait soutenir les organes digestifs pour lutter contre l'affaissement morbide et la misère organique. Mais sait-on si l'organe digestif était disposé à fonctionner, sait-on si on ne l'a pas plus fatigué que soutenu ? N'est-il pas encore ici question du *consensus unus* ? l'ingurgitation s'accorde-t-elle avec l'assimilation ? Celle-ci même profite-t-elle à l'organisme en général ou agit-elle au profit de l'état pathologique en excitant la fièvre et le calorique ? N'est-on pas en droit de répéter avec M. le professeur Peter : " *Ce peut être là une polyphagie de bonne intention et de mauvais effet* " ? Qu'on en juge par le cas de la dame citée plus haut.

Chez cette dame, l'engorgement péripneumonique disparu, les crachements de sang cessèrent avec lui ; mais, faute de traitement énergique avant, comme après, à raison de la continuation du régime alimentaire succulent, la fièvre persista, s'exaspéra, et finit avec le temps par user cet organisme délicat, qui succomba après sept mois dans une sorte d'incandescence sans trêve ni repos.

Voilà des faits qui prouvent, je crois, qu'il y a peu de différence à établir entre les hémorrhagies tuberculeuses ou celles qui proviennent d'un état inflammatoire, hépatisations locales ou étendues des poumons ; et que ces divers genres de *stimulus* se rattachent à une congestion primitive de l'organe respiratoire, et exigent, avec un abaissement de calorique qui agit toujours au profit de la maladie, un traitement antihypérémiqne énergique et rapide.

Traitement.—La première chose que j'ai bien constatée dans ma vieille pratique, c'est que huit fois sur dix les hémoptysies sont précédées d'une toux sèche, gutturale, opiniâtre, comme nerveuse, nullement catarrhale. Dans ces circonstances, l'hémoptysie provient ou de tubercules préexistants, toujours d'une congestion, premier indice de tubercules ou le prélude de quelque point phlegmasié. Toujours est-il que, plus préoccupés de cette toux que de la congestion qui l'a

produite, nous donnons de l'opium ou l'une de ses diverses préparations. Mais si le remède agit quelquefois les premiers jours, il devient bientôt absolument inutile. La toux persiste et augmente, et un beau matin nous sommes appelés parce que le malade rend des crachats sanglants ou vomit du sang à pleine gorge. Aujourd'hui, suffisamment averti par la persistance de cette toux que je puis appeler *prémonitoire*, je n'hésite pas à instituer mon traitement.

Avant d'exposer ce traitement, je dois passer rapidement en revue ceux que les classiques conseillent, et déclarer que ce n'est que par leur inutilité bien constatée que je me suis mis à chercher une autre voie. La première chose que les auteurs conseillent, c'est la saignée, sans expliquer pourquoi. Ils la conseillent parce qu'elle a été conseillée, et se répètent ainsi sans discussion, sans remarquer que les médecins qui jadis la préconisaient ne connaissaient pas la circulation du sang, et croyaient ainsi dériver les courants sanguins comme on dérive un ruisseau.

Pierre Frank a dit cependant : " que la contrefluxion que l'on établit par la saignée ne détruit pas la fluxion. Souvent le sang coule des deux côtés et l'hémorrhagie continue."

J'ai pu vérifier l'assertion du grand praticien de Vienne. Le jeune forgeron que j'ai cité plus haut, qui remplissait tous les vases de la maison, qui inondait sa chambre, était tellement fort, vigoureusement musclé, que je ne crus pas devoir attendre une plus favorable occasion pour employer la saignée. Je la pratiquai aussitôt *largá manu*, deux fois, peut-être trois, et j'avais de la peine à supporter le poids de son bras, tant il était d'une musculature puissante. Malgré cette évacuation sanguine si bien indiquée, l'hémoptysie continua sans en être influencée le moins du monde. Ceci se passait il y a environ trente ans, et depuis je n'ai plus osé saigner.

Comme le conseillent tous les classiques, j'employai alors les astringents, souvent combinés avec les révulsifs, les décoctions de ratanhia, l'ergotine, la potion de Chopart, les limonades nitrique, sulfurique, l'essence de térébenthine,

l'eau de Léchelle, de Pagliari, le perchlorure de fer, la digitale et le nitrate de potasse préconisés par Aran. Or, de tous ces remèdes, je ne pourrais pas dire quel est celui qui m'a paru produire quelque effet ; c'était toujours le dernier que j'employais qui réussissait. Aussi, chez le forgeron dont il s'agit, après plusieurs jours d'essais de divers astringents, je prescrivis la limonade sulfurique et l'hémoptysie s'arrêta. Je me crus armé pour une autre circonstance, me promettant bien de commencer par ce moyen. Vain espoir, il ne produisit alors aucun effet, de sorte que je ne tardai pas à me convaincre que ces agents n'avaient aucune action sur l'hémoptysie, qui ne finissait que par son propre épuisement. Je me consolai lorsque j'ai pu voir dans l'ouvrage de M. Pidoux " qu'une première hémoptysie peut juger dans la jeunesse une tuberculose à l'état naissant et épuiser cette grave disposition." (*Etudes sur la phrhisie*, p. 261.)

Oui, mais peut-on rester inactif devant un malade alarmé, auprès de parents désolés, et aussi devant un état fluxionnaire qui dénote une congestion préalable et surtout une congestion consécutive qui n'est pas toujours emportée par l'hémorrhagie, et qui peut préparer des altérations organiques ultérieures ? Cependant je n'avais plus à ma disposition que les astringents et les révulsifs ; par conséquent, je dus me demander pourquoi ils avaient été inutiles entre mes mains, et faire ce que les auteurs n'avaient pas fait, c'est-à-dire examiner, raisonner leur action pour en comprendre les effets.

Evidemment, disais-je, ces astringents ne peuvent agir que de trois manières : 1^o en augmentant la contractilité vasculaire ; 2^o la plasticité du sang ; 3^o enfin en déterminant quelque caillot obturant sur la partie exhalante.

Mais, en admettant que ces médicaments agissent ainsi, savons-nous dans quel espace de temps ? Le malade pourra-t-il attendre lorsqu'il rejette du sang à flots ? D'ailleurs, est-ce bien la contractilité vasculaire obtenue, est-ce la plasticité du sang augmentée, ou bien sont-ce les caillots formés qui arrêtent l'écoulement du sang ? Je n'eus qu'à me rappeler et à

considérer que dans l'épistaxis, quels que fussent les astringents ingurgités, ce n'étaient que ceux portés dans la fosse nasale et aidés de la compression qui arrêtent l'hémorrhagie.

Or, dans la poitrine, en supposant que l'astringence pût arriver par la circulation générale jusqu'au point d'où s'écoulait le sang, ce n'était guère qu'en coagulant ce dernier que l'hémorrhagie pouvait s'arrêter. Mais alors ce caillot dans les bronches ou dans le tissu aréolaire du poumon n'est-il pas un corps étranger ? Comme tel, ne sollicitera-t-il pas la toux ? celle-ci ne déterminera-t-elle pas l'expulsion du caillot, et, par conséquent, le renouvellement de l'hémorrhagie ?

D'ailleurs, de ces astringents nous voyons écarter peut-être le plus puissant, le perchlorure de fer, pour les hémorrhagies que nous pouvons craindre tuberculeuses, car Trousseau insistait souvent dans ses cliniques sur les dangers qu'avait le fer de réveiller la diathèse tuberculeuse endormie et d'en faciliter les manifestations. M. le professeur Potain, dernièrement dans une de ses leçons, exprimait les mêmes répulsions que l'expérience lui avait inspirées. (*Gazette des hôpitaux*, 1er mars 1879.)

Restaient donc les révulsifs. Tout le monde conseille les bains de pieds sinapisés, les sinapismes le long des extrémités inférieures, autour des reins. Mais sont-ils suffisants ? Peuvent-ils même avoir une action favorable lorsque l'organisme est dans un état d'éréthisme, de phlogose générale que démontrent l'élévation du pouls, sa rapidité, la chaleur vive de la peau ? Portés aussi à la surface cutanée, excitant autant et plus les radicules nerveuses et partant la douleur que les vaisseaux capillaires, peuvent-ils détourner une fluxion qui s'opère dans les gros vaisseaux du centre de la poitrine ? Les ventouses, et surtout les ventouses Junod, que j'ai souvent regretté de n'avoir pas à ma disposition, seraient à la fois plus puissantes et plus rationnelles, parce qu'elles détermineraient véritablement une contrefluxion importante. J'y ai suppléé autant que possible par la ligaturæ des membres que conseillait Baglivi. Il m'est arrivé d'utiliser ainsi des

révulsifs éloignés pendant que j'appliquais sur la poitrine de la glace. Cette médication à la fois dérivative et révulsive, qui me réussit chez le tambour, me paraîtrait la seule rationnelle. Marie-Antoine Petit, dans sa *Médecine du cœur*, dit n'avoir pu arrêter une hémoptysie qu'en inondant sa malade d'eau froide ; mais il avertit qu'il ne fut payé que par la plus noire des ingratitude, les gens du monde ayant horreur de l'eau froide et du froid.

Quelle foi ajouter à ces conseils aussi irrationnels que vulgaires d'appliquer des vésicatoires ? Gendrin, grand amateur du moyen, les appliquait par toute la poitrine ; Mertens, entre les deux épaules, lorsque Velpeau, plus logique, conseille à cet endroit un sinapisme en cas de perte utérine. Pierre Frank les plaçait à la cuisse, c'était plus physiologique. Mais n'est-il pas à craindre que le vésicatoire, eût-il une action préférable aux autres révulsifs, n'agisse que lorsque l'hémoptysie aura cessé, et qu'en étant inutile il ne soit d'ordinaire comme un tourment ajouté à la maladie ? Rien d'ailleurs n'a pu faire soupçonner son efficacité et les médecins cités n'ont pas eu d'imitateurs.

Voilà la thérapeutique de l'hémoptysie désarmée de presque tout ce que les auteurs conseillent. J'avais bien remarqué que Nonat, Levrat-Perrotin préconisaient le tartre stibié ; que Willis, Cullen, Stoll l'avaient fait avant eux ; je voyais que Giovanni de Vittis produisait nombre de faits ; mais cette méthode présentée d'une manière empirique, alors qu'il s'agissait de vomissement de sang, malgré l'adage : *vomitibus a vomitu curantur*, ne me séduisait guère, lorsque le dénuement dans lequel j'étais m'amena à cette réflexion : L'hémorragie n'est-elle pas une sorte d'inflammation puisqu'elle est le produit d'une congestion ? l'hémorragie, dans tous les traités de pathologie, ne figure-t-elle pas à côté de l'inflammation ? Dès lors, pourquoi ne pas traiter une hémoptysie comme une pneumonie, dont elle n'est quelquefois qu'un certain mode de manifestation ?

D'ailleurs, depuis longtemps je me trouvais très bien, dans

les affections chroniques de la poitrine, surtout celles que je croyais tuberculeuses, de l'administration du tartre stibié à doses nauséuses, suivant les principes de Lanthier, Briche-teau et Fonsagrives, auquel j'associais encore la digitale et quelquefois la scille. J'essayai même cette sorte de traitement dans une hémoptysie peu abondante et persistante, mais sans résultat ; alors je résolus, dans le cas suivant, de traiter l'hémoptysie comme une inflammation pulmonaire.

Il y a environ dix ans, dans le courant d'un été, qu'une femme de trente-cinq ans, toussant depuis longtemps, très maigre, assurément tuberculeuse, ayant eu déjà plusieurs crachements de sang sans qu'elle ait été alitée et qu'elle s'en fût plainte, vaquant à son ménage et même à quelques travaux des champs, fut prise d'un crachement de sang plus abondant. Lorsque j'arrivai, elle en avait rempli plusieurs mouchoirs. Ce sang était pur, rutilant, et la toux qui provoquait cette hémorrhagie était incessante et fatigante. La malade était chaude, rouge, son pouls élevé et fréquent ; elle ne souffrait d'aucun point particulier de la poitrine, si ce n'est d'une chaleur et d'un brûlement ; la toux sans fin ni relâche seule la tourmentait. L'auscultation ne donnait rien d'essentiel à noter ; point de matité appréciable, des râles muqueux à grosses bulles seulement. Je lui ordonnai une cuillerée à bouche toutes les heures de la potion suivante :

Eau	120 grammes.
Tartre stibié	30 centigrammes.
Extrait de digitale	15 —
Sirop d'ipécacuanha... ..	30 grammes.
Eau de fleur d'orangers S.
Mêlez.	

Dans l'intervalle des cuillerées de la potion, de l'eau froide gommée.

Les vomissements et les selles se répétèrent fréquemment dans la journée ; mais dès le soir, et surtout le lendemain, elle ne vomit que des mucosités à peine sillonnées par quelques filets de sang, et le troisième jour elle se trouvait tout à

fait bien ; plus de fièvre, plus de toux, et seulement quelques crachats muqueux. Je cessai de la voir, et ne l'ai revue que dans ces derniers temps, à l'occasion d'une douleur sciatique. Je l'ai trouvée toujours maigre, dyspnéique, toussant et crachant, mais plus le moindre filet de sang.

Evidemment, je n'avais jamais obtenu avec les astringents et les révulsifs un effet si manifeste et un résultat si rapide et si complet. Avec les autres moyens, l'hémorragie durait plusieurs jours, et, comme je l'ai dit, finissait plutôt d'elle-même que par l'action d'aucun remède ; de plus, la toux se prolongeait et était difficile à réduire. Ici, dès le troisième jour elle fut insignifiante, preuve indubitable que le remède avait agi sur l'inflammation ou la congestion pathogénique, le phénomène le plus dangereux. En effet, les travaux du professeur Fossagrives avaient mis cette vérité au-dessus de toute contestation, lorsque j'ai lu depuis que M. Pidoux admettait les mêmes idées, puisqu'il dit : " L'hémorragie bronchique et l'inflammation catarrhale du parenchyme sont congénères, avec cette différence que l'inflammation est beaucoup plus grave que l'hémoptysie, *beaucoup plus tuberculisante qu'elle*, et que, lorsqu'à la suite d'une hémoptysie la marche de la phthisie est plus rapide, c'est qu'elle a été remplacée par une inflammation des vésicules soit lobaires, soit lobulaires." (Ouvr. cité, p. 269.)

Mon traitement remplit donc la première et la principale indication, en s'adressant directement à la congestion pathogénique de l'hémoptysie et à l'inflammation consécutive aggravante qui en résulte assez ordinairement. Voici d'ailleurs une observation plus concluante encore, qui me dispensera même d'ajouter plusieurs faits de ce genre et qui ne sauraient avoir une plus grande signification.

Le 2 février dernier, je suis appelé par une religieuse âgée de trente-sept ans, qui dans la nuit avait vomi deux cuvettes de sang, et ce n'était pas la première fois. Il y a quelques années qu'elle en avait craché, mais peu abondamment, de telle sorte que je n'en fus informé qu'après. Il lui resta alors

une toux fréquente, sèche, fatigante, et comme je me méfiais chez elle de la tuberculose, parce qu'elle avait eu diverses ostéites au cubitus, dont cependant elle avait guéri, je lui prescrivis l'usage assez prolongé des pilules stibiées et digitalées dont j'ai parlé. L'effet fut excellent, la toux fut calmée, puisqu'elle ne parut plus à ma visite que lorsque je fus appelé par elle. Je prescrivis alors la potion stibiée telle que je l'ai formulée plus haut, qui entraîna le premier jour des vomissements et des selles. Ce premier jour les vomissements furent mêlés de sang et de mucosités, mais dans toute la journée elle ne remplit pas une cuvette de ce mélange, tandis que la nuit elle en avait rempli deux de sang pur. "Le second jour, me dit cette bonne dame, lorsque *j'ai vomé par la potion, je n'ai rendu que des glaires, tandis que lorsque j'ai vomé sans la potion, j'ai rejeté un peu de sang.*—Eh bien, lui dis-je, ayez deux cuvettes, une pour les glaires, l'autre pour le sang, afin que nous constations bien la quantité que vous rejetez de ce dernier." D'ailleurs, plus de dyspnée, respiration à peu près normale, pouls calme, chaleur naturelle, et le surlendemain, la malade se hâta de me dire : "Je n'ai pas eu besoin de deux cuvettes, je n'ai plus rien vomé." En effet, il n'y avait que quelques crachats muqueux et spumeux dans une seule cuvette, et elle avait dormi une grande partie de la nuit. J'ordonnai cependant encore quatre cuillerées de la potion, comme précédemment de l'eau gommée froide, et, de plus, quelques tasses de lait coupé avec cette même eau dans l'intervalle des cuillerées.

Le 5, cette bonne religieuse, en me voyant entrer à l'infirmerie, s'écria : "Monsieur le docteur, je suis guérie," et réclama quelques aliments. Je lui prescrivis cependant encore trois cuillerées de la potion, un potage de riz au lait froid, et du lait un peu moins coupé.

Le 6, je trouvai cette dame levée, un peu pâle, tandis qu'elle était habituellement colorée, se disant à merveille, ne toussant pas. Cependant, par précaution, je lui conseillai en-

core de prendre les pilules stibiées et digitalées, auxquelles j'ajoutai de l'extrait de ciguë.

Le 8, elle voulut absolument aller faire sa classe de quatrième, et, en me priant de lui donner cette permission, elle me disait que ses élèves étaient sages et qu'elles ne la feraient pas trop parler. Depuis, cette bonne religieuse a été si bien, qu'on ne me l'a plus représentée à aucune de mes visites.

J'en étais là de ma pratique et de mes observations cliniques, lorsque, frappé de ces résultats, j'ai voulu en faire le sujet d'un mémoire particulier, et dès lors me livrer à quelques recherches. Or, ce ne fut pas sans une véritable joie que je trouvai dans Graves et Trousseau qu'ils employaient avec succès l'ipécacuanha à hautes doses et que, par les grands efforts de vomissements provoqués, ils arrêtaient l'hémoptysie. Toutefois, comme l'éminent professeur de Paris, je ne m'excuserai pas de ma méthode empirique. J'en ai, je crois, suffisamment montré le rationalisme en combattant la congestion pulmonaire avec les moyens qui en combattent même l'inflammation. D'ailleurs, je ne crois pas non plus que cette action médicamenteuse reste sans explication physiologique. On peut parfaitement y appliquer ce que notre savant condisciple et cher président de l'Association générale des médecins de France, M. Henri Roger, disait des vomitifs dans la bronchite : “ Les vomitifs, par les secousses des parois stomacales et du diaphragme qu'ils déterminent par l'acte du vomissement, mettent en jeu synergiquement les puissances expiratrices ; ils réveillent la tonicité des bronchioles, s'opposent au séjour prolongé des liquides dans ces petits tubes, à la dilatation de ceux-ci et à leur paralysie consécutive ; ils provoquent une sécrétion de la membrane muqueuse de l'estomac...” (*Dictionnaire encyclopédique*, art. BRONCHITE, t. XI, p. 63.)

Maintenant, que la médication par l'ipécacuanha à grandes doses soit préférable à ma potion stibiée composée, je n'en sais rien et ne mets en la chose aucune préférence ni aucun amour-propre, dès l'instant que l'indication reste, et que les résultats sont également favorables. Je suis prêt d'ail-

leurs à souscrire aux expériences comparatives que M. Pécholier a insérées dernièrement dans ce journal, attestant que l'ipécacuanha anémiait véritablement le poumon, plus puissamment que le tartre stibié (*Bullet. de Thérap.*, 30 juillet 1879). Toutefois, il restera démontré que ces deux espèces de médications, tout empiriques qu'elles ont puru, s'étaient l'une par l'autre, et constituent le meilleur et le plus rationnel traitement à proposer à la congestion originelle et consécutive de l'hémoptysie.—(*Bulletin général de Thérapeutique.*)— (5 Juin 1881.)

De la respiration artificielle dans le traitement de l'empoisonnement par l'opium ;

Par le docteur Alf. MIGNON, Médecin aide-major à l'hôpital de Dellys (Algérie).

Dans la séance du 17 février 1880, M. Le Roy de Méricourt présentait à l'Académie, au nom de MM. les docteurs Nicolas et Demouy, une observation d'empoisonnement par le laudanum chez un enfant de six semaines, et qu'avait guéri la respiration artificielle par la manœuvre des bras.

Nous venons d'être témoin d'un fait analogue, et nous demandons à l'Académie l'honneur de le lui soumettre. Il indique combien, dans les empoisonnements par les opiacés, l'appareil respiratoire est pareillement menacé, et de quelle ressource, presque surprenante, peut être la respiration artificielle longtemps prolongée.

Voici les détails :

Le lundi 2 mai 1881, à dix heures du matin, le nommé B., entrepreneur à Dellys (Algérie), vint nous chercher en toute hâte à l'hôpital pour aller voir son enfant qui était subitement tombé malade.

Nous connaissions déjà le sujet. Nous lui avons donné nos soins quelque temps auparavant pour une bronchite aiguë. C'est un enfant du sexe masculin, âgé de six mois, très fort, très gros et bien constitué.

Quand nous sommes entré dans la maison, nous avons trouvé l'enfant étendu sur son lit dans le décubitus dorsal, la face avait sa coloration normale ; les yeux étaient fermés ; les bras et les jambes étaient parfois agités de légers mouvements convulsifs. La respiration était lente, suspicieuse ; le pouls insensible ; les battements du cœur rares, et les bruits difficiles à percevoir.

Que s'était-il passé ? “ Ce matin, à cinq heures, nous dit la mère, j'ai donné à mon enfant, qui était constipé depuis deux jours, une cuiller à café de sirop de chicorée. Il me parut la boire avec plus de répugnance que d'habitude. et, au lieu d'essuyer comme d'ordinaire ses lèvres avec l'extrémité de sa langue, il fit cette fois un mouvement d'expectoration et cracha quelques gouttes du liquide. Je le déposai dans son lit et ne m'en occupai plus. Il dormit environ deux heures. Trouvant ce sommeil prolongé, je m'approchai de lui et je remarquai quelques mouvements de la bouche et quelques sauts du corps. J'essayai de le réveiller, de le faire sourire. Je jouai avec lui : il était insensible. Je restai à son chevet, et j'assistai à l'aggravation lente des symptômes : les yeux se convulsèrent, les bras et les jambes étaient agités de secousses. La respiration s'arrêtait et reprenait ensuite anxieuse, précipitée. Je saisissais son pouls, et ne le sentais pas ; puis, tout à coup, il me frappait le doigt si vite, que je ne pouvais le compter. Plus tard, je vis ses lèvres, ses joues, ses extrémités devenir bleues. Il me paraissait suffoquer. J'eus peur alors et je vous envoyai chercher.”

Pendant ce temps, nous avons relevé la paupière supérieure, et nous avons vu une pupille considérablement rétrécie, ponctiforme. L'idée d'un accident se présente à nous ; et, quand la mère nous donne la bouteille d'où elle avait versé le contenu de la cuiller à café, l'odeur forte, vireuse, toute spéciale, la saveur amère, nauséabonde des quelques gouttes de liquide qui y restent ne nous laissent aucun doute. Nous nous trouvons en présence d'un empoisonnement par le laudanum. La mère s'est trompée de flacon : elle a cru verser du

sirop de chicorée ; elle a versé du laudanum de Sydenham que nous lui avons prescrit quelques semaines auparavant pour l'usage externe.

Nous ne croyons pas devoir donner un vomitif. Outre que les vomissements sont difficiles en pareils cas, l'absorption nous paraît être complète. Nous faisons prendre nous même du café en grande abondance ; nous prescrivons, suivant la méthode du professeur Gubler, un lavement de sulfate de quinine ; nous frictionnons les diverses parties du corps avec des flanelles chaudes, nous appliquons des sinapismes sur les membres inférieurs et nous stimulons avec la main le visage de l'enfant. A chaque coup un peu fort donné sur les joues il pousse un long cri, comme pour se plaindre du mal qui lui est fait, puis il retombe dans son sommeil qu'agitent encore quelques mouvements convulsifs.

Deux heures durant, l'état général ne se modifia presque pas : pâleur de la face, somnolence continuelle interrompue par des cris quand les frictions étaient trop sensibles, respiration lente (6 inspirations par minute), pouls à peine perceptible et pulsations rares (36), déglutition difficile (il fallait verser goutte à goutte le café dans la bouche), de temps à autre, mouvement brusque de flexion des mains sur les avant-bras ou de ceux-ci sur les bras.

A midi, il y eut une crise de suffocation ; la peau devint violette, et la respiration s'arrêta. Cinq minutes au moins de respiration artificielle furent nécessaires pour ramener les mouvements d'inspirations volontaires et la coloration normale des téguments. Mais au réveil la scène n'était plus la même. La respiration ne se faisait plus que par un hoquet bruyant, répété six fois par minute ; la déglutition n'était plus possible : la cuiller de liquide versée par la bouche s'écoulait par les commissures labiales ; les membres étaient dans la résolution : il n'y avait plus de contracture.

A ce moment, notre pronostic s'assombrit. Sur les instances de la famille, nous essayons de faire prendre une solution d'émétique, qui comme le café, ne peut être avalée.

D'ailleurs, l'enfant n'a jamais pu faire le moindre effort de vomissement ; il n'a eu non plus ni selles ni émission d'urine.

A une heure, nouvelle crise, nouvelle cyanose, et cette fois encore nouvelle aggravation. La respiration artificielle qui a ramené la vie peut seule la prolonger. Il n'y a même pas le hoquet de l'heure précédente. C'est la résolution, le coma complets. La marche de l'intervention est tracée : il faut continuer la respiration artificielle jusqu'à la mort ou jusqu'au retour de la vie. Nous plaçons l'enfant sur un matelas, la tête légèrement élevée, et nous montrons à deux personnes intelligentes qui se trouvent près de nous le procédé de Sylvester pour entretenir la respiration. Nous devons nous remplacer les uns les autres sans interruption.

Il serait superflu de décrire maintenant en détail la marche des symptômes. Toutes les heures se ressemblent. Toujours le coma interrompu parfois par des accès où la mort semble être arrivée, et qui se caractérisent par une pâleur cireuse de la peau, une coloration violette des muqueuses et des ongles, et des sueurs froides sur tout le corps. A ces moments, nous abandonnons la méthode de respiration par l'élevation des bras, et nous comprimons la poitrine dans ses différents diamètres.

Toute la soirée, toute la nuit se sont passées ; et il a fallu continuer la respiration artificielle, élevant les bras, les rapprochant du tronc ou pressant avec les mains sur le thorax. Il a fallu continuer et sans interruption. Si l'on essayait de suspendre les manœuvres pour permettre au malade de se reposer, alors les mouvements respiratoires de devenir précipités pendant quelques minutes, puis de s'éloigner, puis de s'éteindre complètement, et la teinte bleuâtre du visage de réapparaître.

Enfin, à cinq heures du matin, c'est-à-dire après seize heures de respiration artificielle continue et vingt-quatre heures de maladie, la vie paraît revenir chez l'enfant. Ses yeux suivent la voix qui l'appelle, ses lèvres imitent le mouvement de succion. Il avale les petites cuillers de café alcoolisé qu'on

lui présente. On suspend la respiration artificielle et, bien qu'avec une gêne considérable, il soulève ses côtes et respire volontairement.

Alors, le danger est conjuré. La réaction s'opère : le pouls s'élève à 160 ; la peau devient chaude ; la respiration, très fréquente, compte 30 mouvements par minute ; les bras et les jambes s'agitent.

Dans le courant de la journée du 3 mai, l'enfant est pris de nombreux vomissements, de selles diarrhéiques et d'émissions d'urine abondantes. Le lait qu'il tette, la café qu'on lui donne sont immédiatement rendus.

Cet état dure une dizaine d'heures, après quoi le calme se rétablit, et le sommeil arrive qui répare les forces de l'enfant.

Le 4, nous trouvons notre petit malade à peu près guéri.

De l'emploi de l'acide pyrogallique dans le traitement du chancre mou.

Par M. LERMOYEZ, interne des hôpitaux, et A. HITIER, externe des hôpitaux.

Dans un article publié par la *France médicale* le 5 janvier 1881, M. le docteur Vidal, rappelant les expériences tentées par lui pour le traitement des chancres mous par l'acide pyrogallique, concluait à l'action avantageuse de ce médicament. Ces faits encouragèrent M. Terrillon à essayer ce traitement sur ses malades à l'hôpital de Lourcine : il y avait, en effet, dans la médication topique du chancre simple, une place à prendre entre le nitrate d'argent, dont l'action caustique superficielle s'efforce en vain d'enrayer le mal, si tant est qu'elle ne l'aggrave pas, et l'iodoforme, dont l'influence assez efficace, mais lente, compense mal l'insupportable et pénétrante odeur qui s'attache opiniâtrément à tout ce qui a approché de ce médicament. Nous pouvions hésiter, car vis-

à-vis des faits de M. Vidal (et encore faut-il se rappeler que le médecin de Saint-Louis termine par l'iodoforme les cures commencées à l'acide pyrogallique) se dressaient les résultats négatifs acquis par M. Mauriac en 1880, à l'hôpital du Midi ; mais peut-être alors à l'efficacité du nouveau traitement fallait-il attribuer comme cause la dilution trop grande du mélange topique.

Quoi qu'il en soit, depuis trois mois tous les chancres mous qui se sont succédés dans le service de M. Tourillon ont été traités par l'acide pyrogallique, sans distinction de siège ni d'étendue ; les négligences inévitables de pansement nous ont souvent permis d'établir comparativement quels progrès fait l'ulcère abandonné à lui-même, quelle amélioration il subit par le traitement. Les résultats nous ont paru assez satisfaisants pour pouvoir être rapportés : en tous cas, dans nos salles, nous avons entièrement renoncé au nitrate d'argent et supprimé l'iodoforme.

Nous allons retracer en quelques mots l'histoire de l'acide pyrogallique et montrer les propriétés essentielles qu'il importe de connaître pour ses applications thérapeutiques.

La découverte de l'acide pyrogallique, en tant que corps défini, remonte à l'année 1786, où Scheele eut le premier l'idée de sublimer l'acide gallique ; mais l'acide nouveau, malgré les travaux de Berzélius et de Braconnot, resta dans le domaine purement scientifique. Il y a vingt ans à peine qu'introduit dans les arts, il a attiré l'attention par ses propriétés éminemment réductrices : et la thérapeutique cutanée ne l'emploie que depuis peu de temps.

Ad. Jarisch, assistant du professeur Hébra, le préconisa contre les affections lentes et atones de la peau, le psoriasis en particulier, pour remplacer la poudre de Goa et ses dérivés, dont on se servait depuis le mémoire du docteur Balmano Squire. Bientôt, grâce aux efforts de Kaposi, qui étendit son action au traitement du lupus et de l'épithélioma, l'acide pyrogallique entra dans la pratique médicale. En 1879, Reumont (d'Aix-la-Chapelle) l'employa concurremment avec l'a-

acide chrysophanique dans le traitement du psoriasis palmaire et plantaire chez les syphilitiques. M. Vidal le vulgarisa à l'hôpital Saint-Louis : il confirma les résultats obtenus par Kaposi, et le premier il tenta de s'en servir pour modifier la surface ulcérée des chancres simples. La même année (1880), M. Mauriac tentait des expériences analogues à l'hôpital du Midi ; mais les résultats obtenus par le procédé de Saint-Louis, légèrement modifié, furent presque nuls.

L'acide pyrogallique obtenu par la distillation du tannin, ou mieux de l'acide gallique, dont il renferme en réalité les éléments, moins ceux de l'acide carbonique ($C_7H_6O_5 - CO_2 = C_6H_6O_3$), se présente sous forme de lamelles d'un blanc éclatant, de saveur très amère, d'odeur agréablement empyreumatique. Sa légèreté est remarquable : il se dissout à froid dans deux fois et demie son poids d'eau, c'est-à-dire dans un volume de liquide qui atteint à peine le tiers de celui du corps à dissoudre. Conservé ainsi à l'air en solution aqueuse, il brunit et s'altère vite ; et pour peu que le mélange soit alcalin, l'oxygène de l'air est absorbé avec une grande rapidité.

Enfin, il réduit violemment les sels minéraux très oxydés, tels que le permanganate de potasse ou le nitrate d'argent, tandis que les corps gras, sauf la stéarine, ne montrent aucune affinité pour lui ; de là, l'indication en thérapeutique de faire agir l'acide solide plutôt que dissous, et de ne l'unir à aucun corps minéral ou alcalin.

Il faut également rappeler que l'acide pyrogallique est un corps très vénéneux, tuant les chiens à la dose de 2 grammes, même en solution étendue. Il produit, suivant M. Personne, les mêmes symptômes que le phosphore, et semble comme celui-ci enlever l'oxygène au sang.

Des lors, étant donnée l'efficacité de l'acide pyrogallique, deux questions se posaient : A quelles doses employer l'acide, et sous quelle forme l'administrer ?

En ceci, nous différons un peu de la pratique de M. Vidal, qui (au moins le croyons-nous) emploie la pommade au dixième pour les chancres simples, réservant le dosage au cinquième

me pour les cas où apparaît le phagédinisme. Nous préférons employer dans tous les cas la dose la plus forte ; ainsi à l'influence en quelque sorte spécifique se joint une légère action caustique, assez faible pour ne pas incommoder le malade.

C'est également à la pommade que nous avons donné la préférence, et cela d'emblée, sans tâtonnements préalables. Nous croyons, en effet, surtout en présence des excellents résultats obtenus par M. Terrillon dans le traitement des vaginites par la pommade au tannin, que ce qui assure principalement le succès topique d'un médicament, c'est moins une action instantanée et brutale, qu'un contact rendu en quelque sorte permanent. Un attouchement avec une solution concentrée dure un instant à peine ; la femme en souffre, se lave, et dès lors le chancre reste livré à lui-même jusqu'à la prochaine intervention. Avec la pommade répétée deux fois par jour, nous assurons un contact relativement prolongé ; le corps gras pénètre mieux dans les anfractuosités de la plaie ; la femme ne tente pas de se délivrer d'un topique qui ne la fait pas souffrir ; et, du reste, le voudrait-elle, qu'elle le pourrait mal.

Cette cause nous avait fait renoncer assez vite à notre formule primitive :

Vaseline.....	40 grammes.
Acide pyrogallique	10 —

Ce mélange se liquéfiait presque instantanément au contact de la chaleur du corps, coulait et se comportait à peu près comme eût agi un liquide ; et, en somme, les résultats obtenus n'étaient guère satisfaisants.

M. Terrillon conseilla de solidifier cette pommade en y incorporant de l'amidon suivant les doses :

Amidon.....	40 grammes.
Vaseline	120 —
Acide pyrogallique	40 —

Ce mélange est pâteux, imprègne bien les parties malades sans se liquéfier ; cette incorporation de l'amidon, substance inerte, ne pouvant chimiquement réagir sur l'acide pyrogallique, influe beaucoup sur les résultats du traitement.

Cette pommade, pour agir avec efficacité, doit être bien fraîche ; et il est utile d'observer, vis-à-vis d'elle certaines précautions. Par exemple, il sera bon de l'enfermer dans un vase bouché à l'émeri ; l'acide pyrogallique tend, en effet, à absorber l'oxygène de l'air ; il se comporte comme un agent éminemment réducteur, et se combine aux poussières minérales ou alcalines suspendues dans l'atmosphère, de telle façon que la pommade brunit assez rapidement ; et il est de toute nécessité qu'elle soit blanche, car brune elle agit moins, et éveille chez les malades des douleurs parfois pénibles.

On voit, en somme, que nous employons la pommade au cinquième, l'appliquant indistinctement à tous les cas où la nature chancreuse de l'ulcération est bien avérée ; peu important les dimensions du mal, le traitement reste absolument le même au point de vue des doses ; si les petits chancres semblent guérir bien plus vite, c'est que la question de temps est éminemment subordonnée à la question d'étendue. Une application par jour suffit parfaitement aux exigences du traitement. On pourra faire parfois deux séances quotidiennes, mais elles ne sont point commandées par la malignité du chancre ; elles résultent du siège et de la configuration des parties. Pour ne prendre qu'un exemple, comparons les chancres de la fourchette et ceux de l'anus (qui chez nos femmes forment la presque totalité des chancres mous dans le rapport mutuel de 3 à 2) ; or, au début de nos essais, nous étions déroutés par ce fait bizarre, que de deux chancres contemporains celui de la fourchette avait disparu, tandis que celui de l'anus se modifiait à peine.

C'est que la fourchette forme une région naturellement disposée à devenir le réceptacle d'un topique, tandis qu'à l'anus, lieu de passage, la pommade ne séjourne pas, d'autant plus qu'elle se heurte à la contraction d'un sphincter qui l'expulse violemment ; et de même dans d'autres régions. Ainsi donc, on fera une application par jour à la fourchette, et deux au moins à l'anus ; à cette seule condition, on jugera de la parité des résultats. Quant à la meilleure manière d'appliquer le

mélange, c'est de le charger sur une spatule et de l'étendre directement sur la plaie, dont on tâche de combler toutes les anfractuosités ; étendre le topique sur une mèche de charpie, nous semble un moyen défectueux.

L'action de l'acide pyrogallique présente certaines particularités nécessaires à connaître ; ce corps se comporte comme un léger caustique ; mais, ceci est à remarquer, son action s'épuise vite ; M. Vidal l'avait déjà noté, puisqu'il conseille de terminer la cure à l'iodoforme.

Les symptômes subjectifs sont presque nuls. L'application est instantanément pénible ; mais c'est là une douleur légère que produirait tout corps inerte mis en contact avec la plaie, et qui peut-être est due à ce qu'on appuie nécessairement pour bien étendre le mélange. On sait, en effet, combien douloureusement le chancre mou réagit au moindre attouchement, tandis que les manifestations de la syphilis tranchent par leur indolence relative. Cependant la douleur ne s'étend pas, et prend un caractère de cuisson toutefois supportable. Il est peu de malades qui s'en plaignent ; on le constate à l'interrogatoire, voilà tout. Du reste, jamais cette souffrance ne s'est prolongée au-delà de cinq minutes ; elle s'éteint d'elle-même.

Dans plusieurs cas, nous avons noté sa réapparition au bout d'une heure ; mais cette manifestation est encore plus faible que la première et souvent passe inaperçue.

En réalité, les malades tolèrent très bien la pommade. A l'anus, cependant, le contact en est plus pénible qu'à la vulve : la sensibilité exquise de la région, la douleur produite par le déplissement de l'orifice, la contracture du sphincter nous semblent bien alléger la responsabilité de notre pommade.

Il est cependant un cas où la pommade produit une vive cuisson, c'est quand, un bubon étant ouvert au bistouri et devenant chancreux, on tente d'enrayer le mal par des applications pyrogalliques ; or, cette sensation est bien plus pénible quand les bords de l'incision commencent à prendre un aspect chancreux que quand la plaie est nettement phagédénique ; d'où semble résulter que l'acide pyrogallique est douloureux sur les plaies non chancreuses.

En présence de ces faits, il était tout naturel de chercher à renverser la proposition en nous adressant à l'acide pyrogallique pour calmer les douleurs des chancres étendus. Dans un travail datant de 1879, Weissflog avait prétendu que tant qu'un chancre phagédénique reste douloureux, il est inutile de vouloir en modifier la nature. Or, en trois mois, un seul cas de phagédénisme grave s'est présenté à nous ; les douleurs étaient telles que l'opium seul les calmait ; notre pommade resta absolument impuissante à soulager la malade ; et cependant, sous son influence, la plaie guérit d'une façon merveilleuse.

Ce qu'il faut donc rechercher surtout dans ce traitement du chancre mou, c'est la rapidité de disparition de l'ulcère, qui est vraiment étonnante. Sous son influence, le chancre se cicatrise d'une façon normale ; tout se passe absolument comme quand la lésion est abandonnée à elle-même, seulement les différentes phases de réparation se comptent par jours.

La réparation manifeste, dit Fournier, ne s'établit sur le chancre qu'après une durée variable qui n'est jamais moindre que plusieurs semaines ; or, chez toutes nos malades (sauf deux, obs. III et obs. V), quel que fut l'âge de la plaie, nous avons noté l'amélioration dès la première ou la deuxième application de pommade, et cela, aussi bien dans les chancres dont nos malades étaient porteurs depuis des semaines que dans ceux jeunes d'un ou deux jours, qui se développaient accidentellement sous nos yeux, ou par inoculation ; le seul élément qui influe sur la lenteur de la guérison est l'étendue de la plaie.

Une fois touchée par l'acide, la plaie se nettoie et prend une faible teinte blanchâtre ; il s'agit là d'une action caustique superficielle, mais légère au point que jamais la peau avoisinante ne subit la moindre atteinte sérieuse. Dans quelques cas, nous avons vu, quand le nombre des applications dépassait deux par jour, une sorte de pellicule brunâtre recouvrir progressivement la plaie en partant des bords, où elle ne tardait pas à former une croûte noire. Cela se montre surtout

dans les chancres phagédéniques, et l'on doit en augurer un pronostic excellent. Ce bourrelet noirâtre, coloré par l'oxydation de l'acide pyrogallique au contact de l'air et des sels basiques contenus dans le pus, forme une sorte de barrière que ne dépasse pas le phagédénisme, et à la chute de la fausse membrane le chancre est guéri, car on se trouve en présence d'une plaie rouge et bourgeonnante.

Puis, rapidement, le chancre détergé subit des modifications qui aboutissent à un véritable *nivellement* ; tandis que les bords se recollent, le fond s'exhausse, bourgeonne, prend une belle teinte rose blanchâtre ; en quelques jours (en moyenne trois ou quatre pour un diamètre de 2 centimètres) au chancre creux a succédé une plaie saillante au-dessus du niveau de la peau, mais de dimensions égales. Alors seulement un liséré cicatriciel blanchâtre, parti des bords, s'avance, rétrécissant peu à peu le champ de cette saillie bourgeonnante.

Dès que le nivellement est opéré, l'acide pyrogallique perd toute son influence ; on est en présence d'une plaie simple réclamant le pansement chirurgical.

Dans tout cela, rien d'anormal ; le chancre suit sa marche classique, très vite, voilà tout. Maintenant commencent les divergences. Dans le chancre abandonné à lui-même, alors même que la réparation est en bonne voie, la spécificité n'est pas éteinte, quoi qu'en aient dit Hunter et Ricord ; pour Fournier, le pus des dernières périodes est peut-être moins fort, moins inoculable, mais l'inoculation n'en réussit pas moins jusqu'au bout avec succès. Or, tout chancre touché par l'acide pyrogallique perd sa virulence dès la deuxième application ; il cesse d'être inoculable, et cela dans tous les cas. Nos expériences ont été multiples et ont toujours donné des résultats négatifs. Nous plaçons même l'action antivirulente de l'acide pyrogallique au-dessus de celle de la pâte de Canquoin ; celle-ci agit brutalement, détruisant le virus en même temps qu'elle détruit la plaie ; celui-là agit par une véritable neutralisation qui nous est inconnue. (Voir obs. IV et obs. V).

Ainsi se comporte l'acide pyrogallique. Une fois le nivellement de la plaie opéré, nous considérons le chancre comme guéri, car la virulence a disparu. Nous employons comme tout pansement une simple poudre isolante, le talc ; et ce n'est que dans le cas où un phagédénisme grave a laissé à sa suite une plaie étendue, que nous appliquons un vulgaire pansement phéniqué ou au chloral.

A l'appui de nos assertions, nous donnons quelques observations, dont chacune est autant que possible une sorte de type particulier des divers modes sous lesquels l'ulcération chancreuse s'est présentée à nous ; mais dès maintenant il nous est permis de conclure.

L'acide pyrogallique sera employé en pommade épaisse et à la dose de 20 pour 100 du mélange ; l'addition d'amidon favorisera l'adhérence du topique à la plaie. On emploiera cette pommade indistinctement dans tous les cas, sauf dans les chancres mixtes où elle semble activer la lésion syphilitique. Les malades la supporteront facilement et sans douleur durable ; sous son influence, la plaie cessera de s'étendre et se nivellera ; la virulence disparaîtra et l'auto-inoculation deviendra impossible ; une plaie simple aura été substituée au chancre initial.

Obs. I. *Chancre de la fourchette*.—Louise F..., dix-sept ans, entre le 13 février 1881 à Lourcine, salle Saint-Bruno.

Pas de syphilis. Chancre mou de la fourchette empiétant sur l'entrée du vagin. Quelques follicules chancreux disséminés dans la zone périgénitale.

Engorgement des ganglions de l'aîne ; pas de bubon. Le chancre date de quinze jours.

Cautérisation au crayon tous les deux jours ; poudre de talc dans l'intervalle, Traitement douloureux n'ayant amené aucune amélioration au bout de huit jours.

Le 20 février. Première application de pommade pyrogallique. L'application est renouvelée tous les deux jours, elle ne produit de douleur que pendant cinq minutes.

Le 25 février. L'ulcération de la fourchette se déterge ; les

bords sont moins saillants. Le fond est rouge et bourgeonne; la lésion se nivelle. Coloration légèrement blanchâtre; pas de fausse membrane brunâtre, car l'ulcération est entièrement muqueuse.

Le 10 mars. Cicatrisation complète; l'ulcération est remplacée par un bouquet de végétations; la malade présente du reste des végétations disséminées en plusieurs points de la vulve.

Un petit chancre interfessier, contemporain de la lésion vulvaire, et traité par les seules cautérisations au nitrate d'argent, est encore maintenant creusé et chancreux; la malade en souffre bien plus que de la vulve.

Le 15 mars. L'acide pyrogallique a radicalement guéri ce petit chancre en quatre jours.

Obs. II. *Chancre phagédénique vulvo-anal.* — Emilie M... trente-deux ans, entrée le 26 février à Lourcine, salle Sainte-Marie.

Chancre mou phagédénique datant de cinq semaines, étendu de la fourchette au coccyx, à une distance de 6 à 7 centimètres de chaque côté du sillon interfessier. Sécrétion sanieuse exhalant une odeur infecte.

Deux chancres de la lèvre gauche, de la grandeur d'une pièce de 50 centins.

Le lendemain de l'entrée, toute la lèvre gauche est envahie et la droite se prend; douleurs excessivement vives. Marasme et phénomènes d'hecticité.

On soumet dès lors la malade au pansement avec l'acide pyrogallique: deux applications de pommade par jour. Les douleurs restent cependant très vives et ne cèdent qu'à l'opium.

Le 1er mars. L'ulcération fessière a cessé de s'étendre. Les bords sont recouverts d'épaisses croûtes noirâtres. A la vulve, où la pommade a été mal appliquée, le chancre mou a tout envahi; il a gagné le vagin, déterminant un écoulement putride et des douleurs abdominales.

Pendant dix jours on continue le même traitement en y adjoignant des bains de siège amidonnés.

Toutes les parties malades sont recouvertes d'un magma noirâtre, où il est impossible de rien distinguer.

15 mars. La fausse membrane tombe ; à sa place est une plaie rose et bourgeonnante d'excellent aspect.

Obs. III. *Chancres mixtes vulvaires*.—Marie B..., dix-sept ans, lymphatique, entre le 26 février 1881, salle Saint-Bruno.

Deux chancres mous symétriques à la face interne des deux petites lèvres ; aucune manifestation syphilitique. Chancres normaux, mais il y a un œdème mou de la petite lèvre droite qui laisse des soupçons sur la spécificité du mal. Pas de bubon ; quelques gros ganglions dans l'aîne droite.

Les chancres sont vierges de toute médication. Première application d'acide pyrogallique le 28 février. La pommade est mal supportée et détermine une vive douleur pendant plusieurs heures. Les trois jours suivants, trois applications amenant des douleurs de plus en plus fortes ; la malade dort mal. Des bains de siège prolongés la calment à peine.

6 mars. On cesse la pommade ; les chancres vont mieux, se nivellent, mais ils prennent une coloration jaunâtre, tandis que leur base se parchemine.

22 mars. Deux chancres indurés avec cortège de plaques muqueuses.

Obs. IV. *Bubons chancreux et chancre vulvaire*.—Adélaïde C..., dix-huit ans, entre le 13 février 1881 à Lourcine, salle Saint-Bruno.

Chancre mou de la petite lèvre droite avec bubon de l'aîne gauche en voie de ramollissement. En outre, deux petits chancres mous à la racine de la cuisse droite.

Du 20 au 26 février. Trois applications de pommade à l'acide pyrogallique.

Le 1er mars. Les trois chancres sont cicatrisés ; celui de la vulve est remplacé par une surface rouge et bourgeonnante.

Le 10 mars, le bubon, complètement suppuré, est ouvert au bistouri.

14 mars. La plaie inguinale devient chancreuse. On insti-

tue le traitement par l'acide pyrogallique, non douloureux chez cette malade (deux applications quotidiennes pendant cinq jours). A ce moment le pus a perdu ses propriétés virulentes ; une double inoculation reste négative.

Le 25 mars. La plaie est en pleine voie de cicatrisation.

Obs. V. *Chancre anal et bubon chancreux.*—Jeanne B..., vingt quatre ans, entre le 13 février 1881 à Lourcine, salle Saint-Bruno.

Chancre de la partie gauche, très douloureux au moment de la défécation ; bubon commençant de l'aîne droite.

La malade est, en outre, syphilitique ; plaques érosives au pourtour de l'anüs et à la vulve.

Après six applications de pommade pyrogallique du 22 février au 3 mars, l'ulcération cesse de s'étendre ; mais, le 30 mars, la cicatrisation, qui a marché très lentement, n'est pas encore complète ; il faut se rappeler que la malade est syphilitique. Cependant, dès les premières applications de pommade, la douleur à la défécation avait notablement diminué.

Le bubon suppuré, puis ouvert le 15 mars, devient chancreux ; traité par la pâte de Canquoin appliquée pendant trois quarts d'heure, il se modifie mal et sécrète encore le lendemain un pus inoculable. Un seul jour à deux applications de pommade suffit à détruire le virus. On n'obtient rien à l'inoculation et dès lors la cicatrisation marche vite.

Obs. VI. *Chancres folliculaires.*—Marguerite C..., seize ans, entrée le 3 février 1881, salle Saint-Bruno.

La région périnéale est couverte de chancres mous folliculaires multiples et à tendance phagédénique. La vulve est œdématisée ; il n'y a pas de bubon.

La malade n'est pas syphilitique.

La douleur, extrêmement vive, empêche le sommeil ; la marche est impossible ; le décubitus latéral peut seul être supporté.

Pendant dix jours les chancres mous sont traités par l'insufflation d'iodoforme ; ils continuent à s'étendre et se rejoignent, formant d'immenses plaques ulcérées.

Le 15 février. Première application de pommade pyrogallique qu'on continue pendant quatre jours le matin seulement.

Le 20 mars. Amélioration très notable. Le phagédénisme non seulement est arrêté, mais les plaies cessent de s'étendre, se nivellent et, au lieu d'être creuses, forment des bourgeons saillants et rougeâtres. Dès lors on cesse tout traitement : le talc, poudre inerte, favorise la cicatrisation, qui avance vite ; le 1er mars, la malade se lève et marche ; et à la fin du mois, elle sort guérie, sans porter de traces de son affection antérieure.

Obs. VII. *Chancre de la fourchette.*—Camille D..., vingt et un ans, entrée le 21 mars 1881, salle Saint-Bruno.

Petit chancre mou de la fourchette (pièce de 1 franc) d'autant de dix jours (?).

Bubon non supprimé sur les adducteurs de la cuisse gauche.

Un vésicatoire sur le bubon.

Sur le chancre, deux applications de pommade pyrogallique à trois jours d'intervalle.

Le 1er avril. Le chancre est complètement cicatrisé depuis trois jours ; l'induration phlegmoneuse a également disparu.

Sur des troubles vaso-moteurs de la peau (homme autographique.)

Le docteur Chouel a publié trois observations très intéressantes de malades présentant cet urticaire spécial que Du Jardin-Beaumetz a décrit le premier sous le nom d'*autographique*.

Ces trois hommes autographiques présentaient de l'anesthésie et les caractères que l'on traçait sur la peau y restaient inscrits.

Et le docteur Chouel rapporte ces troubles à des lésions fonctionnelles du système nerveux central. (*Marseille médical*, Janvier et Février 1881.)

Observations relatives à la stérilité chez l'homme,

par le docteur DE SINETY.

Lorsqu'on observe la stérilité dans un ménage, on a toujours de la tendance à incriminer la femme plutôt que le mari. Cette idée, très répandue parmi les gens du monde, est également partagée par beaucoup de médecins. Cependant, si on examine un certain nombre de ménages stériles et désirant des enfants, on arrive à se convaincre que l'homme est au moins aussi souvent que la femme la cause de l'absence de reproduction. Laissons de côté ici ce qui concerne le sexe féminin, je ne m'occuperai exclusivement que de l'élément mâle. Pour s'assurer de la valeur fécondante du liquide spermatique, le meilleur et le seul moyen réside dans l'examen histologique de ce liquide. Or, il n'est pas rare, dans les cas de ce genre, de trouver un produit complètement privé de spermatozoïde. Dans ces conditions, la question est tranchée, le sperme est infécond.

Mais s'il existe, au contraire, un assez grand nombre de spermatozoïdes, doit-on en conclure que le liquide est apte à l'imprégnation de l'ovule et à la production d'un nouvel être ? C'est là l'opinion la plus généralement admise, et c'est sur ce point que je désire appeler l'attention.

Dans quelques cas, et en particulier dans trois observations que j'ai recueillies, rien ne pouvait expliquer la stérilité pour l'un ni pour l'autre des deux époux. Chez une des femmes, il existait un certain degré de vaginisme et une contracture spasmodique au niveau de l'isthme de l'utérus. En présence de cet état, je provoquai une dilatation du col au moyen de tiges de laminaria, et, au bout de quelques mois, n'ayant pas vu se produire de grossesse, j'eus recours à la fécondation artificielle, immédiatement après la cessation des règles. (Il va sans dire que le liquide mâle préalablement examiné contenait des spermatozoïdes.)

Cette tentative fut vaine, ainsi que six autres que je renou-

velai à diverses époques de la période intermenstruelle ou perimenstruelle, en prenant toutes les précautions voulues pour obtenir un résultat favorable. J'examinai de nouveau le sperme, très peu de temps après son émission, et je constatai que les spermatozoïdes, quoique en assez grand nombre, étaient pour la plupart immobiles, et que ceux qui possédaient quelques mouvements ne tardaient pas à les perdre, tandis qu'à l'état normal, et dans les conditions où je m'étais placé, ces mouvements persistent pendant fort longtemps. Mon attention étant éveillée par cette observation, j'eus l'occasion de voir, dans deux autres cas de stérilité, des phénomènes absolument identiques, c'est-à-dire des éléments spermatiques ne présentant que peu de mouvements, qu'ils perdaient au bout d'un temps très court.

Sur ces trois sujets, deux présentaient des signes de tuberculose ; l'autre, quoique d'apparence assez débile, n'avait aucun antécédent pathologique.

Je ne veux évidemment pas généraliser le résultat d'observations aussi peu nombreuses. Néanmoins, il me semble que l'opinion émise par la plupart des auteurs, que la présence des spermatozoïdes suffit pour faire admettre la faculté reproductrice du liquide mâle, est beaucoup trop absolue et doit être modifiée. Je pense qu'il faut encore tenir un grand compte du degré d'activité, de vitalité de ces éléments anatomiques. Privés des qualités nécessaires pour les faire cheminer et parvenir jusqu'à l'ovule, ils peuvent, quoique nombreux, être incapables d'amener la fécondation. Les faits exposés dans cette note sont complètement en faveur de cette opinion.—(*Gazette médicale de Paris*, 23 mai 1881.)

Réactif propre à distinguer les alcaloïdes qui se développent spontanément sur le cadavre.

M. BROUARDEL présente, au nom de M. Boutmy et au sien, une note sur l'existence des ptomaines chez le cadavre.

Les ptomaines (alcalis cadavériques) présentent en général les plus importants des caractères chimiques et des propriétés physiologiques des alcaloïdes végétaux, et peuvent pour cette raison être confondues avec ces derniers.

Une erreur judiciaire a été commise dans ces derniers temps en Italie, où des experts ont conclu à l'empoisonnement du général X par la delphinine lorsqu'ils étaient seulement en présence d'une ptomaine.

La méthode rationnelle à suivre pour distinguer une ptomaine d'un alcaloïde végétal ingéré est évidemment de déterminer la totalité des propriétés chimiques et physiologiques du toxique isolé. S'il manque un ou plusieurs des caractères connus de l'alcaloïde végétal dont la présence paraît signalée par l'ensemble des expériences, c'est qu'on est en présence, non de cet alcaloïde, mais d'une ptomaine qui lui ressemble.

Cette méthode, qui est évidemment la plus sûre, a l'inconvénient d'être longue et délicate et de ne pouvoir être employée que dans le cas où la quantité de poison isolée est assez considérable pour se prêter à une étude complète.

Nous avons cherché un réactif qui permette d'y suppléer au besoin et de la contrôler dans tous les cas en décelant immédiatement si l'on est en présence d'une ptomaine ou d'un alcaloïde végétal. Ce réactif existe, c'est le cyanoferride de potassium. Ce sel, mis en présence des bases organiques pures prises au laboratoire ou extraites du cadavre après un empoisonnement avéré, ne subit aucune modification. Il est au contraire ramené instantanément à l'état de cyanoferrure par l'action des ptomaines et devient alors capable de former du bleu de Prusse avec les sels de fer.

Lors donc que la méthode de Stas aura permis d'isoler une substance se comportant vis-à-vis de l'iodomercure de po-

tasse comme le font les alcaloïdes végétaux, si cette substance reste sans action sur le cyanoferride de potassium, on pourra admettre qu'on est en présence d'un alcaloïde végétal et qu'il y a eu empoisonnement. Si, au contraire, le cyanoferride de potassium se trouve réduit en même temps que la base est précipitée, par l'iodomercurate de potasse, on est en présence d'une ptomaïne. Enfin, suivant que le précipité obtenu, tant avec l'iodomercurate qu'avec le cyanoferride, sera en quantité considérable ou faible, on concluera qu'on est en présence, soit d'une ptomaïne abondante et non mélangée, soit d'un mélange de la ptomaïne avec un alcaloïde végétal.

Pour opérer la réaction avec le cyanoferride, on convertit en sulfate la base extraite du cadavre, puis on dépose quelques gouttes de la solution de ce sel sur un verre de montre qui contient à l'avance une petite quantité de cyanoferride dissous. Une goutte de chlorure de fer neutre versée sur ce mélange détermine la formation de bleu de Prusse, si la base isolée est une ptomaïne. Dans les mêmes conditions les alcaloïdes végétaux ne donnent pas de bleu de Prusse.

Jusqu'à ce jour, il n'existe d'exception à cette règle générale que pour la morphine, qui réduit abondamment le cyanoferride, et pour la vératrine, qui donne des traces de réduction. Encore est-il possible que ce dernier fait ait pour cause la présence de traces d'impuretés que nous n'avons pu séparer complètement de la vératrine par nous employée.

M. COLIN (d'Alfort). La communication de M. Brouardel offre une très grande importance ; ces alcaloïdes animaux peuvent faire pendant à toutes les variétés des microbes. Il faut maintenant faire la part de ces productions nouvelles dans l'action des matières septiques.

M. COUCHARDEL. L'an dernier, une femme albuminurique fut empoisonnée par de l'oie farcie ; on a retrouvé dans cette oie un alcaloïde semblable à ceux que l'on trouve chez les cadavres.

En Allemagne, on constate souvent des empoisonnements du même genre par des conserves alimentaires en décomposition.

Lussana (de Bologne) a de même montré que chez les animaux surmenés il se formait des produits toxiques.

M. COLIN (d'Alfort). On a souvent signalé en France des sortes d'épidémies, à la suite de la consommation d'animaux avariés. Peut-être s'agissait-il là du développement d'alcaloïdes chez les cadavres d'animaux antérieurement malades.

M. BOULEY. Il y a un an, j'eus l'occasion d'intervenir en justice au sujet d'un cultivateur condamné pour avoir vendu un veau qui avait déterminé des accidents. Je pus montrer que les accidents se rattachaient au surmenage de ce veau, qui s'était sauvé, avait beaucoup couru, et avait été tué dans cet état.

Il y a une différence entre la ptomaine et les microbes, c'est que ces derniers seuls augmentent de quantité et prolifèrent.

M. LE ROY DE MERICOURT. Récemment un médecin principal de la marine, le docteur Cort, a fait des travaux sur les poissons toxicophores des pays chauds et leurs rapports avec les ptomaines.

M. BERTHELOT. Il y a en effet dans les pays chauds, surtout sous les tropiques, des poissons qui ne peuvent être mangés qu'au moment où ils viennent d'être pêchés. Au bout de très peu de temps ils seraient devenus toxiques.

M. GAUTIER a déjà parlé des alcaloïdes cadavériques dans la première édition de sa *Chimie physiologique*.

Jusqu'à nouvel ordre, il faut garder la réserve sur les moyens de retrouver les ptomaines. Quelques alcaloïdes jouissent de la même propriété que les ptomaines au point de vue de la réduction du ferricyanure du potassium à l'état de ferrocyanure.

Ces alcaloïdes paraissent avoir un rapport très direct avec les microbes eux-mêmes. Les ptomaines qui se produisent dans chaque cadavre sont différentes selon la nature du microbe qui a pu agir dans ce cas.

M. GUÉRIN. On a trop de tendance à considérer les microbes et les alcaloïdes comme la cause des faits, alors que souvent ils ne sont que la conséquence.

M. COLIN (d'Alfort). On sait depuis Liebig que les ferments sont capables de se reproduire et de se régénérer. Il n'y a donc pas là de différence entre les microbes et les alcaloïdes du cadavre. On peut comprendre qu'une petite quantité de ferment introduite dans l'organisme agisse à la manière des microbes.

Un alcaloïde forme un milieu propre à l'existence d'êtres organisés. Dès lors, ce milieu se peuple. La relation entre la nature de ce milieu et celle du microbe ne vient donc pas à l'appui des idées de M. Pasteur.

M. BECHAMP (de Lille). La question soulevée par M. Brouardel est intéressante à un autre point de vue. Il y a autant de ferments que de fermentations. Il faudrait donc admettre plusieurs ferments de ptomaïne. M. Béchamp croit au contraire que chacun de nous possède en lui-même le germe de sa destruction. Il préfère le mot *microzymas* à celui de microbe. Dans quinze pancréas de dindes, il n'y a pas moins de 130 grammes de microzymas. Il y a là tout un côté de la science qu'il faut modifier profondément. M. Béchamp doit revenir sur ce sujet la semaine prochaine dans une communication à l'Académie.

M. GAUTIER. Liebig a au contraire combattu la théorie de la reproduction des ferments. En effet, une ptomaïne est une substance définie qui n'est pas apte à se reproduire.

Lorsque les ptomaïnes augmentent, les ferments disparaissent ; ces milieux ne sont donc nullement favorables à la fermentation. Il n'est pas probable que ce soit la nature du terrain qui produise la nature du ferment.

M. BECHAMP. Liebig était en effet opposé à la théorie française émise par Cagniard Latour. Mais les chimistes admettent qu'il y a deux sortes de ferments : les ferments figurés et les ferments solubles. Il y a entre les uns et les autres une relation de cause à effet. Le ferment figuré est le résultat de l'être qui le produit ; l'activité du ferment est un acte tout physiologique, c'est un fait de nutrition. Les zymas, les ferments solubles sont des agents de même nature que les acides ; leur action est donc purement chimique.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De l'ozène vrai et de son traitement ;

Par le docteur TERRILLON.

Professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux.

Rien n'est plus commun que l'affection connue sous le nom d'*ozène* ou *punaisie*. L'odeur épouvantable que répandent les malades et dont ils n'ont souvent eux-mêmes aucune conscience, la facilité avec laquelle cette odeur se diffuse dans un appartement tout entier, la répulsion instinctive qu'elle entraîne, telles sont les raisons qui font craindre cette terrible infirmité, laquelle atteint le plus souvent les jeunes gens.

Aussi, n'est-on pas étonné de voir, en parcourant les nombreuses monographies qui ont traité de cette question, combien sont multiples et variés les moyens de traitement opposés à cette maladie. Malheureusement, cette multiplicité même indique toujours en thérapeutique une impuissance relative, et nous ne devons pas nous étonner de voir apparaître de temps à autre une nouvelle méthode qui, après avoir fait à son tour quelque bruit, retombe bientôt dans l'oubli.

Mais il ne faut pas oublier que si les essais thérapeutiques ont été pendant si longtemps infructueux, cela tenait principalement à la méthode de recherches généralement employée.

Avant de connaître l'essence même de la maladie et la lésion anatomique qui lui donnait naissance, on se contentait de chercher un topique capable de modifier la muqueuse qu'on croyait seule cause de l'affection. Malheureusement ces moyens empiriques ne donnaient que des résultats passagers et ne guérissaient nullement les malades.

La thérapeutique médicale impuissante appela même à son secours la thérapeutique chirurgicale, et nous avons vu proposer et pratiquer des opérations sanglantes et radicales, par lesquelles on extrayait presque tous les os du nez (Rouge).

Tout échouait, au moins dans la plupart des cas, lorsque enfin l'étude plus exacte des causes de l'affection, la détermination de sa nature vraie, ont fait découvrir un moyen de guérison, du moins d'amélioration rapide et efficace, dont nous allons donner la description.

Avant de décrire ce traitement dans tous ses détails, il est cependant indispensable de savoir exactement ce qu'on doit entendre par *ozène vrai*, quels sont ses caractères et quelle est sa nature, d'après les travaux les plus modernes.

Il existe, en effet, deux variétés d'ozène parfaitement distinctes, mais qu'on confond souvent dans la littérature médicale et dans la pratique. La première englobe toute destruction du squelette sous-muqueux du nez, qu'elle soit d'origine syphilitique, scrofuleuse ou traumatique. Celle-ci reconnaît donc une cause bien définie, quoique assez souvent difficile à diagnostiquer, même avec nos moyens d'investigation actuellement très perfectionnés. Mais elle est de beaucoup la moins fréquente, et ne provoque pas une odeur aussi forte, aussi nauséabonde, aussi tenace que la variété suivante.

La seconde variété comprend, au contraire, les ozènes sans lésions ostéo-périostiques ; c'est l'ozène vrai.

A la suite d'autopsies heureusement pratiquées, Zaufal, Gottstein et Hartmann démontrèrent, il y a quelques années, que l'odeur fétide ne tenait aucunement à la présence d'ulcérations. Plusieurs auteurs avaient remarqué avant eux que des malades atteints d'ulcérations nasales très étendues n'avaient aucunement présenté de mauvaise odeur. Mais ce fait était passé inaperçu ; aussi la constatation anatomique avait ici une grande importance. Un autre point important fut ensuite acquis, c'est que la muqueuse, débarrassée des croûtes et des mucosités sèches qui la recouvrent souvent, est rouge, à peine enflammée et semble intacte. On trouve seulement que la muqueuse est amincie, moins vasculaire et ne présente pas, sur les replis des cornets, cette saillie demi-érectile qui la caractérise. L'exploration avec le stylet permet de reconnaître cette minceur particulière, car sous elle l'os

est senti immédiatement, sans intermédiaire du coussin muqueux qui le recouvre ordinairement.

Ces caractères anatomiques s'accompagnent constamment de phénomènes cliniques spéciaux et qui caractérisent le plus souvent cette forme d'ozène.

Le malade a souvent le nez obstrué par des croûtes verdâtres, fétides (excepté pour lui-même), contournées en forme de cornet, et souvent striées de filets de sang.

Pour débarrasser les fosses nasales, il est obligé de faire un grand effort, de se moucher avec énergie et pendant longtemps. Souvent, il est forcé d'avoir recours à l'aspiration d'une petite quantité d'eau tiède par les fosses nasales pour ramollir ces croûtes et permettre leur sortie plus facile.

Les croûtes peuvent obstruer le pharynx, peser sur la voûte du palais et donner lieu à du nasonnement momentané. Le sommeil ne peut avoir lieu que la bouche ouverte, et comme les croûtes sont desséchées pendant la nuit, il est difficile de les enlever le matin. Il peut y avoir alors de la céphalalgie, des nausées, du dégoût pour les aliments et un malaise prolongé. Le nez est souvent camard ou écrasé et semble rétréci à sa racine. Les antécédents, quoi qu'on en ait dit, sont souvent nuls, et l'on ne trouve pas traces de scrofule ou de syphilis évidentes.

L'examen rhinoscopique des fosses nasales, avec un bon éclairage, permet de constater, ainsi que nous l'avons déjà indiqué, que la muqueuse est peu enflammée et semble amincie. Mais il est un fait qui frappe à la première inspection, c'est l'étendue considérable de la cavité des fosses nasales. C'est un véritable antre qui ne présente aucune saillie vers son centre.

La cloison est visible dans toute son étendue, ainsi que le plancher des fosses nasales, et on voit facilement une partie de la paroi postérieure du pharynx.

Cet état diffère donc notablement de celui qui caractérise l'état normal.

Le cornet inférieur est absolument rudimentaire et ne forme

plus qu'un bourrelet insuffisant dirigé d'avant en arrière. Au lieu de masquer l'orifice pharyngien de la trompe, il permet de la découvrir facilement, et on voit alors tous les mouvements de cet orifice, quand on force le malade à parler ou à avaler.

Le cornet moyen, plus souvent intact, est quelquefois aussi atrophié, et laisse vers la partie supérieure des fosses nasales une cavité très large.

La connaissance exacte de tous ces caractères, qui ne manquent chez aucun malade atteint d'ozène, a permis à Zaufal d'émettre une théorie qui explique assez bien la cause de la fétidité dans le cas de conformation vicieuse des fosses nasales.

D'après lui, l'inspiration normale ne joue qu'un rôle assez minime dans le mécanisme du nettoyage des mucosités. Au contraire, l'air expiré, sortant avec assez de force, surtout au début de l'expiration, balaye horizontalement les mucosités et les entraîne en avant, là où elles excitent la muqueuse et provoquent le besoin de se moucher.

Le développement du cornet inférieur facilite ce nettoyage en augmentant par sa présence et sa forme la force du courant d'air.

On comprend facilement, d'après cela, ce qui adviendra si les fosses nasales deviennent trop larges pour donner à l'air expiré une vitesse assez grande, si surtout le cornet inférieur vient à manquer, ce qui fait que cette région est transformée en un antre largement ouvert. Le courant d'air devenant insuffisant, les mucosités ne pourront plus être entraînées. Aussi elles se dessèchent à la surface de la muqueuse, s'accumulent en forme de lamelles et de bouchons et se décomposent, car elles sont formées de matières organiques. Pendant tout le temps que dure cette accumulation, l'odeur existe ; mais, après quelques jours, la présence de ces bouchons permet au courant d'air de devenir plus rapide, et le malade en se mouchant peut les expulser. A ce moment, si l'extraction est suffisante, on voit l'odeur disparaître presque complètement, mais pour reparaître bientôt.

Ainsi l'individu atteint d'ozène vrai ne se mouche que difficilement, car il ne peut faire passer un courant d'air assez violent dans ses fosses nasales trop larges. Ce qui prouve bien la réalité de cette explication, c'est qu'on ne rencontre jamais un individu à respiration nasale difficile atteint d'ozène.

Enfin, ce qui appuie encore la théorie de Zaufal est le fait suivant, qui a été remarqué par plusieurs chirurgiens : certains malades à qui on a enlevé un ou plusieurs polypes nasaux volumineux, ont présenté, à partir de l'opération, un ozène passager. Cet état était produit par la persistance de l'élargissement des fosses nasales, dû à la présence du polype. L'ozène diminuait et disparaissait à mesure que la cavité revenait à son état normal.

Telle est la théorie de Zaufal, actuellement acceptée par plusieurs auteurs, et défendue récemment dans une excellente thèse devant la Faculté de Paris par M. Martin (*Thèse*, 1881).

On a objecté à cette théorie qu'elle laissait trop de côté la muqueuse, qui est toujours altérée, amincie, mais cependant non ulcérée. A ceci on peut répondre que la muqueuse est secondairement malade, mais que son altération ne peut avoir pour conséquence de déformer d'une façon aussi considérable les fosses nasales.

Le résumé, peut-être un peu long, que nous avons donné des connaissances nouvelles sur la question de l'ozène vrai, nous ramène à la partie importante de ce travail, c'est à dire le traitement.

Or celui-ci découle naturellement de la théorie émise par Zaufal, et n'en est pour ainsi dire que le corollaire. On peut même ajouter qu'il constitue une confirmation de la réalité de cette théorie.

Le traitement comprend deux parties spéciales : le lavage des fosses nasales pour entraîner les mucosités ; l'application d'un corps étranger (tampon de ouate) pour remplacer le cornet inférieur et permettre au courant d'air de balayer les

mucosités. Cette dernière partie du traitement est la plus originale et la plus moderne; elle est aussi la plus importante, car, grâce à elle, l'ozène peut être complètement aboli pendant tout le temps que dure son emploi.

Le lavage des fosses nasales, d'après la méthode de Weber, est rendu très facile grâce à cette circonstance que le liquide, pénétrant par une des narines, et arrivant dans le pharynx, provoque l'élévation du voile du palais. Celui-ci, ainsi relevé, forme une cloison entre la partie nasale et la partie pharyngienne, et le liquide, ne pouvant descendre dans cette deuxième partie, est forcé de passer par la narine opposée.

Il se produit ainsi un courant d'eau aussi prolongé qu'on peut le désirer.

Pendant cette manœuvre, le malade n'aura qu'à tenir la langue hors de la bouche, celle-ci étant largement ouverte pour faciliter la respiration. Aussitôt que cette position changera, il faudra arrêter l'irrigation pour recommencer ensuite.

L'appareil employé le plus souvent et le plus recommandé consiste dans une seringue anglaise en caoutchouc vulcanisé, qui se manœuvre avec une seule main. Elle est constituée par une boule munie de deux tubes en caoutchouc, dont l'un se termine par une masse de plomb et plonge dans le vase qui contient le liquide; l'autre est muni d'un embout spécial, olivaire, qui obture une des narines.

Le liquide employé doit être tiède, et il doit contenir une certaine quantité de chlorure de sodium; sans cette précaution, l'eau pure gonfle l'épithélium nasal et peut donner lieu à un coryza ou à des douleurs. Une cuillerée à café de sel de cuisine par litre d'eau suffit ordinairement.

On peut, dans quelques cas, mettre dans l'eau une substance médicamenteuse; mais cela est le plus souvent inutile.

La quantité d'eau qu'on doit faire circuler dans les narines peut varier de 1 à 3 litres, selon la quantité de croûtes à enlever.

Il faut avoir soin de diriger le jet horizontalement ou paral-

blement au plancher des fosses nasales, mais non verticalement en haut, sans cela l'eau atteindrait les sinus frontaux avec une trop grande force et pourrait provoquer des maux de tête ou des vertiges.

On doit craindre quelques accidents qui peuvent être évités facilement. Ils ont lieu surtout dans l'oreille moyenne, quand l'eau vient à passer par les trompes d'Eustache et pénètre dans cette cavité. Une otite aiguë peut être le résultat de l'entrée d'une faible quantité d'eau dans la caisse du tympan. Il est donc indispensable de ne pas donner trop de pression au liquide, et surtout d'éviter de se moucher aussitôt après la douche nasale. On doit aussi ne pas employer la douche d'air immédiatement après le lavage. Si les deux fosses nasales sont également perméables, on devra opérer alternativement d'un côté et de l'autre. Au contraire, s'il en est une plus étroite, on choisira cette dernière pour placer l'embout et lancer le courant d'eau, on évitera ainsi le passage de l'eau dans l'oreille moyenne.

Le nombre des séances pourra varier de deux par jour à une seulement tous les deux ou trois jours.

Mais, comme nous l'avons déjà fait pressentir, le lavage ne fait qu'entraîner les croûtes, sans modifier en rien l'état local; aussi l'ozène reparait si on n'emploie que ce moyen, qui seul était mis en usage jusqu'à ces dernières années.

L'emploi du tampon de ouate a pour but de rendre aux fosses nasales leur disposition normale, et de supprimer ainsi la cause de la putréfaction des mucosités.

Ce tampon se compose d'une mince couche de ouate enroulée autour d'une aiguille à tricoter. Il doit avoir la longueur des fosses nasales, c'est-à-dire environ 5 à 6 centimètres. Son volume ne doit guère dépasser celui d'un porte-plume.

Pour l'introduire, on le dirige dans la narine d'avant en arrière, dans la direction de l'angle externe de l'œil, de façon à lui donner à peu près la direction du cornet inférieur. Quand le manchon de ouate a disparu en entier dans la narine, on retire l'aiguille, qui jouait facilement dans son centre, et le manchon reste en place.

Il est bon de vérifier par la rhinoscopie si la position est bonne, afin que le malade s'habitue lui-même à placer ce tampon. Cette habitude est facilement prise, et le malade fait lui-même l'application du tampon avec plus d'adresse et de dextérité que son médecin.

Ce tampon est ordinairement parfaitement supporté après quelques jours, et on constate qu'il fonctionne bien, lorsque le courant d'air produit par l'expiration est légèrement bruyant.

Aussitôt après l'application, le malade mouche des mucosités liquides, non fétides, et dans les conditions ordinaires et normales.

Il suffit qu'une seule narine soit munie d'un tampon dans les cas ordinaires, et le malade se débarrasse à volonté de ce corps étranger, tous les deux ou trois jours, au moyen d'une irrigation.

Mais il est bon d'ajouter que ce traitement, qui agit rapidement pour supprimer une infirmité si terrible, ne doit pas être négligé. Sans cela l'état antérieur reparaît aussitôt. La moindre infraction, le moindre oubli font reparaître aussitôt l'odeur caractéristique. Cependant, le traitement est si simple et si facile, que tous les malades s'y soumettent volontiers, et tous retirent un bénéfice durable de leur assiduité. Aussi peut-on regarder cette méthode nouvelle comme supérieure à toutes celles connues jusqu'ici, autant par la facilité de son emploi que par les résultats immédiats qu'elle procure.—*Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale* du 30 avril 1881.

De la transfusion intrapéritonéale.

Les expériences de Panfick ont démontré que le sang peut entrer dans la cavité péritonéale et se résorber sans produire de graves accidents. Quand on a voulu appliquer cette expérience à la thérapeutique, on a obtenu plusieurs fois d'excellents résultats. La transfusion intravasculaire est certai-

nement meilleure à cause de son action plus rapide ; cependant, dans certains cas, la transfusion intrapéritonéale doit être tentée, ne fut-ce que comme procédé d'attente. Le docteur Kaczorowski rapporte de nouveaux faits qui mettent en évidence l'action bienfaisante de la transfusion abdominale. Dans l'un d'eux il y eut, pendant cinq jours, un peu de sensibilité au niveau du point où elle avait été pratiquée ; mais, dans quatre autres, la transfusion fut parfaitement supportée et suivie d'une amélioration marquée.

Un des avantages les plus sérieux de cette méthode, c'est son extrême simplicité. On n'a besoin ni d'un appareil spécial ni d'une très grande habileté opératoire. On devra l'essayer surtout dans les affections fébriles prolongées, accompagnées d'altération cardiaque consécutive à l'anémie secondaire.

L'anémie chronique et rebelle semble constituer une autre indication.

Relativement au manuel opératoire, voici comment l'auteur le décrit : un trocart courbe est plongé dans la cavité abdominale par la ligne blanche et 700 grammes de sang environ sont introduits dans le péritoine, au moyen d'un tube de caoutchouc auquel est adapté un entonnoir. (*Bulletin général de thérapeutique*, 15 juin 1881.)

Sur les altérations du lait dans les biberons.

Le laboratoire municipal ayant été consulté, il y a deux mois, par M. le docteur Du Mesnil, au sujet de l'odeur fétide qui se dégage des biberons employés pour l'allaitement artificiel et sur les altérations que pouvait avoir subies le lait dans ces biberons, je fus chargé de cette étude.

Plusieurs biberons *en service* dans une crèche, remis au laboratoire par M. Du Mesnil, donnèrent lieu, par mon examen, aux constatations suivantes :

Dans tous les biberons, le lait avait contracté une odeur

nauséabonde, sans qu'on ait pu y déceler la présence de l'hydrogène sulfuré. Le lait était acide, à demi coagulé ; à l'examen microscopique, les globules graisseux étaient déformés, ils avaient une apparence piriforme ; de nombreuses bactéries très vivaces et quelques rares vibrions se montraient dans le liquide.

La quantité de lait restant dans chaque biberon était insuffisante pour une analyse chimique complète.

Le tube en caoutchouc qui sert à l'aspiration, incisé dans toute sa longueur, renfermait du lait coagulé et les mêmes microbes que ceux rencontrés dans le lait du biberon ; mais, en outre, *et c'est le fait important de cette communication*, l'examen révéla dans l'ampoule qui constitue la tétine du biberon et termine le tube en caoutchouc *la présence d'amas plus ou moins abondants d'une végétation cryptogamique.*

Ces végétations, ensemencées dans du petit-lait, ont donné en quelques jours, dans des proportions considérables, *des cellules ovoïdes* se développant en mycéliums, dont je n'ai pu encore observer les fructifications.

En présence de ces faits, M. le secrétaire général de la préfecture de police a réuni les médecins-inspecteurs du service des enfants du premier âge et a prescrit une visite de toutes les crèches, faite concurremment avec les chimistes du laboratoire municipal.

Le résultat de ces visites a été le suivant :

Sur trente et un biberons examinés dans dix crèches, vingt-huit contenaient dans la tétine, dans le tube en caoutchouc et même, pour quelques-uns, dans le récipient en verre, des végétations analogues à celles qui viennent d'être indiquées et des microbes de l'espèce de ceux mentionnés plus haut. Plusieurs de ces appareils, lavés avec soin et par conséquent prêts à être mis en service, contenaient encore une grande quantité de ces cryptogames.

Je ferai remarquer que, dans deux cas, on a retrouvé dans les tubes de biberons en très mauvais état du pus et des globules sanguins, et que les médecins ont constaté que les en-

fants auxquels appartenait ces biberons présentaient des érosions dans la cavité buccale. On peut donc en conclure que la salive pénètre dans les biberons et vient ajouter ses propres ferments à ceux du lait. Il est vraisemblable que l'acidité constatée dans le lait est déterminée par les bactéries qui s'y trouvent, et dont les germes existent dans les biberons même lavés. C'est à la faveur de cette acidité que les *mycéliums* dont nous avons parlé se développent.

Quelle influence la présence de ces végétations cryptogamiques et de ces microbes, qui coïncide avec une altération profonde du lait contenu dans les biberons, exerce-t-elle sur le développement des affections intestinales qui font de si nombreuses victimes parmi les enfants du premier âge soumis à l'allaitement artificiel ? C'est ce qu'il est encore impossible de dire, et c'est ce que des expériences en cours d'exécution permettront probablement de déterminer.

(*Gazette médicale de Paris*, 28 mai 1881.)

CLINIQUE CHIRURGICALE

M. LE DR DE SAINT-GERMAIN.

Hôpital des enfants-Malades.

LE MAL DE POTT.

Le mal de Pott est une affection complexe qui consiste dans une altération profonde ou des vertèbres ou des disques intervertébraux, caractérisée par l'élimination de la partie nécrosée et par une cicatrisation osseuse.

Les uns ont admis une nécrose, d'autres une carie. Nélaton voulait que ce fut toujours une forme du tubercule du corps des vertèbres ; en somme, c'est toujours une affection amenant la destruction des os.

Bouvier a partagé cette affection en trois périodes :

- 1^o Période d'invasion ;
- 2^o Période de destruction ;
- 3^o Période de réparation.

Pott n'admettait pas la période de réparation, mais ce

dernier ne s'adressait qu'à des adultes, et on sait que chez les adultes le mal de Pott est toujours mortel, tandis que chez les enfants il guérit.

1^o *Période d'invasion.* — Le mal de Pott peut commencer par les ligaments ou les os, et l'ulcération se former au centre ou à l'extérieur de la vertèbre.

Dans certaines circonstances il y a une simple érosion, *en coup d'ongle* qui a enlevé comme un copeau de la colonne vertébrale ; cette érosion s'agrandissant peut s'étendre à une ou plusieurs vertèbres. M. de Saint-Germain insiste beaucoup sur cette érosion en coup d'ongle, qui peut expliquer les maux de Pott prolongés, c'est ce que l'on appelle la forme ulcéreuse. Il se forme des abcès non accompagnés de gibbosité, car il faut un certain temps pour que la vertèbre s'use.

Dans d'autres cas, il se forme un tubercule au milieu du corps de la vertèbre ; ce tubercule a une période de crudité, une de ramollissement et une de suppuration.

Une fois donc la vertèbre réduite à l'état de bouillie, la colonne vertébrale s'infléchit, il se forme une gibbosité. La colonne vertébrale peut résister pendant un certain temps à la destruction de la vertèbre, grâce à la partie postérieure de cette dernière. Pour comprendre ce phénomène, divisons, avec Bouvier, la colonne vertébrale en deux parties : le rachis antérieur et le rachis postérieur.

Le rachis antérieur comprend le corps des vertèbres, le rachis postérieur comprend les apophyses épineuses avec leurs lames et les apophyses transverses. Une fois le rachis antérieur détruit, c'est le rachis postérieur qui soutient la colonne ; mais on comprend combien ce point d'appui est faible et que le moindre traumatisme puisse faire effondrer la colonne. Il y a donc un travail préexistant qui mine la vertèbre, et le traumatisme qui arrive ne fait qu'accélérer la marche des choses ; jamais donc le mal de Pott n'est traumatique d'emblée.

Quand les choses se passent lentement, dès que le corps de la vertèbre est assez ramolli pour être incapable de supporter le poids du tronc, il s'affaisse sur lui-même ; la vertèbre supé

rière, manquant d'appui en avant, mais soutenue en arrière par les apophyses épineuses, exécute un mouvement de bascule par lequel son apophyse épineuse se redresse et devient saillante ; de là une gibbosité.

Période de destruction. — La formation de l'angle caractérise cette période. Cet angle est à peu près médian ; il a un caractère particulier, il est brusque. Jamais ce n'est une convexité postérieure analogue à une cyphose, c'est un véritable promontoire.

Quelquefois, cependant, la courbure du mal de Pott peut ressembler à une gibbosité cyphotique ; s'il n'y a qu'une ou deux vertèbres de détruites, l'angle est aigu, mais s'il y a cinq, six et même huit vertèbres atteintes, l'angle est moins prononcé. La gibbosité est médiane, car le tubercule enkysté se trouve au milieu de la colonne ; il peut se trouver cependant sur les parties latérales, de là, inflexion du tronc soit à droite, soit à gauche ; on cite même le mal de Pott postérieur. Le mal de Pott peut être multiple, Bonvier a trouvé deux cas dans lesquels il y avait deux et trois maux de Pott ; dans ce dernier, chaque mal de Pott était séparé par des intervalles de vertèbres saines avec une série de petits promontoires séparés par des concavités.

Période de réparation. — Quand il n'y a qu'une érosion, la réparation est simple ; il se produit une sorte de bourgeonnement et la petite plaie se recouvre. Cette réparation est si facile que beaucoup de cas de mal de Pott ont pu passer inaperçus.

Lorsqu'il y a effondrement, il se passe un phénomène analogue aux guérisons des fractures. La cavité bourgeonne, de véritables jetées osseuses partent des parties supérieures et inférieures, empêchant la gibbosité de s'accroître. Au bout d'un certain temps, les stalactites osseuses disparaissent en partie, et dans la cavité on trouve un tissu osseux éburné qui constitue le cal.

Lésions de la moelle. — La moelle est rarement atteinte ; quelquefois on observe des fourmillements, une faiblesse des

membres inférieurs, de la paraplégie avec incontinence d'urines et des matières fécales ; tous ces faits sont rares. La moelle ne peut être atteinte que dans la formation de l'angle, mais le rachis postérieur la protège ; les lésions peuvent exister dans le cas d'effondrement brusque.

Diagnostic. — 1^o *Période latente.* L'enfant menacé se fatigue sans avoir rien fait, il y a une fatigue générale qui se traduit par une envie de s'asseoir ou de se coucher, de plus, l'enfant perd le sentiment de l'équilibre ; il s'appuie sur les meubles en passant dans une chambre, et ne va jamais directement d'un point à un autre ; le soir il a un petit accès de fièvre ; il se plaint habituellement des reins.

2^o *Période.* — L'enfant a des cris nocturnes ; le premier est aigu comme s'il avait reçu un coup ; ce cri arrive dans le premier sommeil, comme dans la coxalgie, parce que souvent à ce moment l'enfant éprouve comme une sensation de chute, de glissement ; alors, par un mouvement brusque, il contracte fortement ses muscles spinaux, avec l'intention de se rattraper ou de se retenir. Ce phénomène est assez fréquent chez les adultes.

Il y a une douleur fixe qui siège toujours sur la colonne vertébrale au niveau de la vertèbre malade.

On constate de la raideur dans les mouvements de la colonne vertébrale ; c'est facile à vérifier par la suspension par les pieds. On place l'enfant sur le ventre et on lève ses jambes par les malléoles ; si l'enfant est sain, la colonne vertébrale, semblable à un grand ressort, formera une courbe très prononcée ; s'il y a mal de Pott, le petit malade fait le gros dos, sa colonne vertébrale se tient raide.

On pourrait confondre le mal de Pott avec la scoliose, mais qui dit mal de Pott dit immobilisation spontanée ; dans la scoliose, au contraire, il y a grande mobilité, grande souplesse, sans jamais de douleurs. La cyphose rachitique peut simuler un mal de Pott où il y aurait plusieurs vertèbres atteintes ; on sait que la cyphose rachitique est très rare chez l'enfant.

Le diagnostic différentiel avec la rachialgie rhumatismale sera fait par le siège et la durée de la maladie ; nous ne ferons que citer le lumbago, qu'on n'observe pas chez l'enfant.

Formes du mal de Pott. — On a prétendu que, suivant la forme de la gibbosité, suivant la forme et la courbure et suivant la région, on pourrait distinguer le genre de lésions ; tout cela est inexact. Le seul signe que l'on puisse donner, c'est l'abcès parfaitement limité au rachis ; dans ce cas il y a un mal de Pott probable par érosion.

Conséquences du mal de Pott. — Le produit du mal de Pott est l'abcès par congestion, surtout dans la forme tuberculeuse. Ces abcès sont stationnaires ou migrants. Si le pus reste sur place, il s'accumule et vient faire saillie sous la gibbosité. Si le pus est abondant, il fuse, arrive dans la fosse iliaque, passe sous l'arcade de Fallope, se montre à la partie interne de la cuisse et peut descendre jusqu'au genou ; c'est l'abcès ilio-fémoral.

D'autres fois le pus fuse en arrière par l'échancrure sciatique, de là dans la fesse, arrive à la partie postérieure de la cuisse jusque dans le creux poplité.

Diagnostic d'un abcès par congestion. — Il faut d'abord avoir soin de purger l'enfant, ensuite on le place sur le dos, on lui fait fléchir les cuisses et ouvrir la bouche, afin de mettre les muscles abdominaux dans un état complet de relâchement ; si l'on n'y arrive pas par ce moyen, on emploie le chloroforme. Puis, en déprimant très doucement la paroi abdominale, et en allant à la rencontre de la colonne vertébrale, on sent un boyau allongé venant se perdre dans la fosse iliaque. Lorsque l'abcès a passé sous l'arcade de Fallope, il est facile à diagnostiquer, on pourrait tout au plus le confondre avec un abcès ganglionnaire ; un abcès par congestion est fluctuant et réductible ; avec une main, déprimant la paroi abdominale, et l'autre pressant sur l'abcès au niveau de l'arcade de Fallope, on peut facilement se renvoyer le pus par fluctuation.

L'abcès postérieur est plus difficile à reconnaître : on peut le confondre dans l'échancrure sciatique avec un cancer encéphaloïde, avec une sciatique, à cause de la douleur produite par compression du nerf sciatique ; la tuméfaction quelquefois énorme de la fesse peut mettre sur la voie.

On peut confondre les abcès par congestion avec les abcès ossifluents venant des côtes ou du sternum ; ces derniers ne sont pas loin et sont toujours accompagnés de douleurs soit du côté des côtes, ou soit du côté du sternum.

La myélite pourrait être confondue avec une paraplégie du mal de Pott ; cette dernière est brusque et guérit ordinairement au bout de trois mois à la suite de repos, tandis que cela n'arrive pas pour la myélite.

Pronostic. — Il se divise en deux cas : chez l'adulte le mal de Pott est mortel, chez l'enfant le plus souvent il guérit, à moins d'affections thoraciques tuberculeuses.

Traitement. — Au point de vue du traitement, on peut diviser le mal de Pott en trois classes :

- 1^o Mal de Pott sans paralysie ni abcès ;
- 2^o Mal de Pott avec paralysie ;
- 3^o Mal de Pott avec abcès.

En tant que mal de Pott, le mal de Pott guérit ; mais il est incurable par ses complications qui sont : soit la tuberculose, soit la méningite, soit le carreau, soit les abcès par congestion.

1^{ER} cas. *Mal de Pott sans abcès ni paralysie* : le premier symptôme est la gibbosité. Dans ce cas on peut faire intervenir l'état général, c'est-à-dire savoir si ce mal de Pott tient à la syphilis ; on pourra alors donner le traitement mixte (Bouvier). M. de Saint-Germain ne croit pas au mal de Pott syphilitique.

Si la cause est la scrofule, administrer l'iode sous toutes les formes ; en second lieu, les sulfureux en bains, en boissons ; en troisième lieu, les phosphates. Bouvier a nié l'influence des phosphates : M. de Saint-Germain, au contraire, dit que les phosphates bien administrés produisent de bons résultats, surtout sous la forme de lactophosphates.

Les bains de mer ont aussi une grande influence, mais il faut les donner dans un moment propice. Dans le premier cas de mal de Pott, il y a deux périodes : la première ou période aiguë, est celle dans laquelle il y a des poussées inflammatoires ; les bains de mer seront sans résultat. Il faut les donner dans la période chronique, et encore faut-il prendre les précautions de ne pas les donner froids, à moins que l'enfant ne se trouve dans des conditions spéciales, qu'il soit très fort, que son système nerveux soit peu sensible. Le bain de mer doit être donné chaud, *jamais pur* au commencement ; car il développe de l'insomnie, un appétit exagéré, de la faiblesse, etc... ; on commence d'abord par mettre 2/3 eau douce pour 1/3 eau de mer, puis 1/3 eau douce et 1/2 eau de mer ; ensuite 2/3 eau de mer et 1/3 eau douce.

Antoine Dubois avait préconisé un spécifique qui a eu une grande vogue : c'était le liniment ammoniacal.

Il faut lutter énergiquement contre la tendance des médecins qui conseillent l'exercice, parce que, disent-ils, un enfant enfermé dans une gouttière, ne sortant pas, ne s'amusant pas, devient presque toujours phthisique ; au contraire, M. de Saint-Germain a toujours remarqué que l'enfant enfermé dans une gouttière engraisait et dit qu'il est toujours possible de le faire sortir de sa gouttière en ayant bien soin que la colonne vertébrale soit maintenue immobile. Bouvier a cité plusieurs observations d'enfants qui se sont guéris en prenant de l'exercice. Ces observations ne sont pas concluantes, parce que l'on avait affaire ou à des cas bénins, ou bien à une cyphose rachitique.

Il ne faut pas non plus essayer le redressement ; c'est une mauvaise méthode pouvant amener de graves accidents et ne donnant pas de résultats pratiques.

Traitement local. — C'est l'immobilisation. Pour immobiliser, le séjour au lit ne suffit pas ; un lit, tant dur soit-il est toujours trop mou, et l'enfant finit toujours par s'y faire un petit creux ; de plus l'enfant se couche comme les petits animaux, ni sur le dos, ni sur le ventre, mais en chien de

fusil, c'est-à-dire avec une tendance à rapprocher son menton de ses extrémités inférieures. L'appareil qu'on devra employer en premier lieu sera la gouttière de Bonnet. Une fois l'enfant placé dans la gouttière, on peut laisser des mouvements aux jambes, mais il faut toujours avoir soin que le tronc soit bien immobilisé et ne jamais laisser enlever la sous-ventrière.

Si l'on veut sortir les enfants en hiver, on les introduit avec leur gouttière dans un sac en fourrure ou en peau de mouton et on les promène sur une petite voiture d'enfant ; il faut supprimer l'usage des grandes voitures qui donnent de trop fortes secousses, même lorsqu'elles sont bien suspendues.

La gouttière de Bonnet remplit bien toutes les conditions voulues, mais elle a deux inconvénients : sa masse et sa dureté. M. de Saint-Germain a fait construire à bien meilleur marché, une gouttière en osier, légère, se pliant dans le sens de la largeur, et ressemblant assez bien aux pannetons des boulangers ; le seul inconvénient de cet appareil, c'est l'imperforation.

Quant au corset, on ne l'emploie que quand la gouttière est devenue inutile ; ce qu'on reconnaît à plusieurs signes : quand l'enfant ne souffre plus dans sa gouttière, quand il veut en sortir et manifeste le désir de marcher.

Le corset doit répondre à deux indications : 1^o présenter un appui solide sur le bassin ; 2^o il doit avoir deux tuteurs qui remplacent les lames usées de la colonne vertébrale ; il faut aussi que le poids de la tête porte le moins possible sur la colonne vertébrale.

Doit-on supprimer subitement la gouttière et le corset ? M. de Saint Germain n'est pas de cet avis, et conseille de prendre un appareil intermédiaire, par exemple le procédé des *béquilles* qui ont le grand avantage de soustraire la colonne vertébrale à l'action de la pesanteur, mais l'éducation en est très difficile. L'éminent chirurgien des enfants a substitué aux béquilles le *chariot flamand* qui en a tous les avantages sans en avoir les inconvénients.

La *gymnastique* non seulement est inutile, mais même nuisible en ce sens qu'elle expose aux récidives.

Les cautères ont joui d'une grande vogue, surtout en province, parce que, disait-on, ils empêchaient les abcès. Les cautères sont au mal de Pott, pour beaucoup de praticiens, ce que les sangsues sont à une inflammation.

Ce qui explique leur grande vogue, c'est qu'ils enlèvent la douleur ; mais en revanche, ils ont un effet redoutable en amenant des fistules intarissables.

M. de Saint Germain combat absolument l'usage des cautères, mais en revanche il admet la cautérisation, non pas avec le galvano-cautère, mais avec le cautère actuel.

Les caustiques liquides sont mauvais, parce qu'on ne peut pas mesurer l'intensité de la brûlure.

20 Cas. Mal de Pott avec paralysie. Abandonnée à elle-même, la paralysie guérit presque toujours. Il y a antagonisme entre la paralysie et l'abcès par congestion, chose qui paraît curieuse, mais qui est bien explicable. En effet, dès que la moelle est dégagée de la compression produite par le pus et le détritüs osseux, il n'y a plus de paralysie, il y a production d'abcès.

Le traitement à cette période, est le repos et l'immobilisation. On a essayé les bains de mer, traitement ni utile, ni inutile, parce qu'il s'adresse plutôt à un état général qu'à un état local.

Il en est de même des frictions et de l'électrisation qui ne sont que des moyens adjuvants.

30 cas. Mal de Pott avec abcès. Si l'abcès s'ouvre spontanément, cette terminaison, redoutée par beaucoup de médecins, n'est cependant pas très fâcheuse, sauf chez l'adulte, à cause des réactions qui peuvent se produire sur l'organisme (fièvre hectique, infections purulentes). Il faut au contraire, laisser les abcès s'ouvrir seuls, car la fistule qui se produit peut finir par se boucher. D'habitude on cherche à évacuer le pus le plus tard possible ; il ne faut pas hésiter quand l'abcès s'est enflammé, ou bien, quand on craint une cicatrice vicieuse ou une fistule.

Comment doit on ouvrir ? Bouvier cite, pour le préconiser, le procédé d'Abernethy (méthode sous-cutanée). Mais tout ce qui est ponction est presque toujours nuisible ; l'évacuation du pus est difficile, incomplète, à cause des grumeaux, des détritns qui se présentent à l'embouchure de la canule et l'obstruent ; puis, la ponction entraîne toujours l'inflammation du pourtour de l'ouverture.

Chez les enfants où il n'y a que peu de réaction, on peut ouvrir largement. On commence par fendre l'abcès dans son plus grand diamètre, on vide et on éponge ; puis on se sert d'un instrument, très en vogue chez les Allemands, appelé *raclette* ; on écarte les lèvres de la plaie ; on racle la surface interne de l'abcès, qui se présente sous la forme d'une espèce de membrane pyogénique vilieuse, et on transforme cette surface vilieuse en une surface cruentée.

L'opération est longue et dure d'une demi-heure à trois quarts d'heure ; ensuite on réunit par première intention, en ayant soin de ménager deux drains.

M. Trélat a présenté à la *Société de chirurgie* un malade opéré par ce procédé, dont la guérison avait été complète au bout de quatre jours.

Les *fistules* ont été traitées par la teinture d'iode (Brunet, Velpeau). Nélaton a décrit un procédé plus rationnel : il dilatait le canal de la fistule avec des tiges de laminaria, qu'il enfonçait le plus profondément possible ; une fois ce canal dilaté, il poussait des injections de liqueur de Villate. Il est probable qu'un retirant les tiges de laminaria, il raclait la surface du canal, et, transformant ainsi la surface vilieuse en surface cruentée, il obtenait la guérison. (*Revue de Thérapeutique*,) No 2, 15 Janvier 1881

Dr A. EKMON.

Anévrysme traumatique de l'arcade palmaire superficielle.—
 Electrolyse. — Ligature des artères radiale et cubitale.—
 Destruction du sac anévrysmal par le thermo-cautère.—
 Guérison.

Par le Docteur Bulteau

Le 26 mai 1880, Jac....., âgé de huit ans, tomba sur la chaussée, portant une bouteille dans la main droite. La bouteille se brisa et les débris pénétrèrent profondément dans l'éminence hypothénar. Une hémorrhagie considérable s'ensuivit et le sang s'échappa en jet de la plaie. On mena l'enfant en toute hâte chez le pharmacien. Celui-ci, mieux inspiré que d'ordinaire, jugeant le cas assez grave, fit conduire immédiatement l'enfant chez un médecin. Le petit blessé arriva chez moi à 9 heures du soir ; il était pâle, exsangue et syncopant. Je n'eus que le temps de le coucher sur le parquet et de le flageller avec une serviette mouillée, ce fut sans peine que je réussis à faire l'hémostase ; l'hémorrhagie avait cessé sous l'influence de la syncope. Néanmoins je fis une compression énergique avec de l'agaric fixé sur la plaie au moyen de bandelettes de diachylon fortement serrées.

Je vis le malade le 27 ; il n'y avait pas eu d'hémorrhagie pendant la nuit. J'enlevai le pansement et examinai la plaie. Elle était irrégulière, profonde, située au niveau de l'éminence hypothénar. L'artère cubitale, là où elle se recourbe pour former l'arcade palmaire superficielle, avait été bien certainement intéressée par les éclats de verre, étant donnée l'hémorrhagie considérable qui se produisit après l'accident. Je ne trouvai aucun débris de bouteille dans la plaie. Je fis un pansement phéniqué avec une légère compression. Aucune hémorrhagie ne survint par la suite. La plaie alla bien jusqu'au 1er juin, époque à laquelle je fis le dernier pansement, non pas que la plaie fut cicatrisée, mais pour céder au désir de la mère qui croyant son enfant guéri, me dit qu'elle ferait elle-même les pansements et qu'elle me ferait prévenir s'il y avait quelque chose de nouveau.

Le 26 juin, la mère se présenta à ma consultation me priant

d'examiner la main de son enfant. " La plaie est cicatrisée depuis quelques jours, me dit-elle, mais il y a des battements dans la main et c'est ce qui me cause quelque inquiétude. "

Je vis, en effet, au niveau de la cicatrice, une petite tumeur pulsatile de la grosseur d'une noisette, présentant des battements isochrones à ceux du pouls. Une compression exercée sur la cubitale, au niveau du poignet, faisait cesser les battements de la tumeur. A sa surface la peau était légèrement violacée. Il n'y avait pas de doute, j'étais en présence d'un anévrysme traumatique, faux consécutif, développé aux dépens de l'artère cubitale à sa terminaison à la paume de la main. Il fallait intervenir rapidement pour empêcher le développement de la tumeur et les hémorrhagies qui devaient en être la conséquence fatale. La chirurgie mettait à ma disposition plusieurs moyens :

- 1o La compression appliquée directement sur la tumeur ;
- 2o La ligature au niveau du poignet de l'artère cubitale seulement, ou des deux artères radiale et cubitale ;
- 3o L'injection dans la tumeur d'un liquide coagulant tel que le perchlorure de fer, par exemple ;
- 4o La coagulation du sang dans la tumeur par l'électrolyse.

Ce fut à ce dernier procédé que je donnai la préférence, le considérant comme inoffensif et tout à fait propre à amener la guérison en déterminant la coagulation du sang dans l'intérieur du sac anévrysmal.

Le 8 juillet je fis une première séance d'électrolyse de six minutes environ. Je me servis de l'appareil à courant continu de Gaiffe, que mon excellent confrère, M. Decès, avait mis très obligeamment à ma disposition. Le pôle positif se trouvait au niveau de l'aiguille introduite dans la tumeur. Le pôle négatif était représenté par une plaque de charbon revêtue de peau de chamois ; elle fut appliquée sur l'avant-bras du malade. J'employai seize éléments, nombre auquel je n'arrivai que progressivement.

Le 12 juillet eut lieu la deuxième séance. Il se produisit

au niveau de la piqûre, après que l'aiguille eût été retirée, une petite hémorrhagie qui fut arrêtée facilement.

Le 15 juillet, les battements de la tumeur n'avaient aucunement diminué ; de plus, la peau, là où avaient été pratiquées les piqûres, présentait une plaque noirâtre limitée par un cercle rougeâtre inflammatoire. L'électrolyse avait déterminé le sphacèle de la peau et une hémorrhagie devenait presque inévitable au moment de la chute de l'eschare. Malgré une compression très énergique, le sang apparut à travers les pièces du pansement.

Le 17 juillet, avec l'aide de mon confrère et ami le docteur Lévêque, je fis la ligature de l'artère cubitale au niveau du poignet. L'hémorrhagie cessa ; les battements disparurent dans la tumeur pendant quelques jours. La plaie fut pansée, à la suite de la chute de l'eschare, à l'acide phénique, et fut soumise à une compression énergique. Au moment où la cicatrisation commençait à s'effectuer, des battements apparurent de nouveau, des hémorrhagies nouvelles se produisirent et je fus obligé d'intervenir d'une manière radicale et définitive ; le petit malade n'avait déjà que trop perdu de sang, et il était de toute nécessité d'empêcher la reproduction des hémorrhagies et d'en faire disparaître la cause au plus tôt.

Je résolus d'abord de faire la ligature de la radiale au niveau du poignet. La compression de cette artère faisait disparaître presque complètement les battements de la tumeur, par conséquent je supprimais par ce moyen la source principale d'apport du sang dans l'anévrysme. Je crus en outre qu'il fallait détruire l'anévrysme et l'empêcher de se développer à nouveau aussitôt que se serait établie une nouvelle circulation collatérale.

Le 20 août, le malade fut chloroformisé, et, avec l'aide de mes excellents confrères Lévêque et Baronet, de Verzy, je pratiquai la double opération. La ligature de l'artère radiale se fit avec une grande facilité : quant à l'anévrysme, je l'attaquai avec la pointe du thermo-cautère, chauffée au rouge.

Toutes les parois de la tumeur furent profondément cautérisées de façon à supprimer complètement la poche anévrysmale, et à transformer l'anévrysme en une simple plaie largement ouverte à l'extérieur. Tout au début de la cautérisation une hémorrhagie assez considérable se produisit ; elle fut rapidement arrêtée par le thermo-cautère et une compression énergique. Depuis ce jour, il n'y eut aucune hémorrhagie. La plaie fut pansée à l'acide phénique, des bourgeons charnus envahirent le fond de la plaie, puis gagnèrent la superficie, et la cicatrisation fut complète et définitive le 1er octobre. A cette époque il existait, au niveau de l'éminence hypothénar, une légère dépression cicatricielle. Tout battement avait disparu. Les mouvements des doigts étaient absolument libres. La guérison s'est maintenue.

Réflexions. 1o Dans le cas actuel, l'électrolyse a donné de bien mauvais résultats. Bien que 16 éléments seulement aient été employés, elle a déterminé la mortification des tissus et occasionné, par ce fait, des hémorrhagies considérables.

2o Dans les anévrysmes traumatiques de la paume de la main, la ligature des artères radiale et cubitale ne suffit pas toujours pour amener la guérison. La destruction du sac anévrysmal par la cautérisation au thermo-cautère doit être considérée comme le meilleur moyen à employer lorsque tous les autres procédés ont échoué.—(*Union médicale et scientifique du Nord-Est*, 15 juin 1881. Reims.)

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE.

L'Iode et ses préparations.

La médication iodée a de très nombreuses applications. La plupart des cachexies, telles que le lymphatisme, le scrofulisme, le rachétisme, le syphilisme, etc., etc., en sont justiciables. Sa puissance thérapeutique, dans ces circonstances, a été proclamée depuis de longues années.

Tout récemment M. le docteur Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis, dans ses leçons cliniques sur les maladies de la peau, particulièrement sur le lupus, a fait ressortir l'efficacité de la médication iodée chez les scrofuleux, et c'est au sirop de Raifort iodé qu'il donne la préférence, pour le jeune âge surtout. On comprend que cette préparation, entre toutes les autres, soit préférée et jouisse d'une vertu particulière due à ses éléments constitutifs : le cresson avec l'iode, le Raifort et le cochléaria avec le soufre qu'ils contiennent, l'écorce d'oranges amères avec ses propriétés toniques, dont est constitué le sirop de Raifort de Grimault ; l'iode y est tellement dissimulé qu'on ne le reconnaît ni au goût ni à l'odorat et qu'il ne peut être décelé que par les réactifs les plus puissants, ce qui le distingue essentiellement du sirop antiscorbutique dans lequel on ajoute de la teinture d'iode qui ne peut alors s'y trouver à l'état de combinaison intime.

Nous avons cru ces quelques lignes préliminaires utiles pour justifier la publication succincte de quelques faits qui militent en faveur de cette puissante médication.

Jos. Kop..., 26 ans, tempérament lymphatique, avait contracté une syphilis qu'il n'avait osé avouer à sa famille, et qui avait été d'une lenteur extrême à guérir. A cet effet, il a fait un long séjour à l'hôpital. Quand il vint nous consulter, les accidents locaux avaient complètement disparu. Restaient une exagération du tempérament lymphatique, des traces de syphilides encore visibles avec engorgement multiple des glandes au cou et aux aines, où l'une d'elles s'était abcédée et continuait de fournir du pus par une sorte de trajet fistuleux. Sans nous préoccuper de ce dernier fait autrement que pour conseiller la propreté, préférant nous en servir pour juger des progrès de la médication, nous prescrivîmes journellement 3, puis 4 cuillerées à bouche de sirop de Raifort iodé, un régime animalisé, assaisonné à volonté d'une tisane de houblon édulcorée par la réglisse. Cette médication fut très bien supportée, mais on était entré en hiver, ce qui ralentit la cure ; ce ne fut qu'au bout de près de trois mois que

le trajet fistuleux tarit complètement en l'absence du reste de toute médication locale. Le traitement fut continué pendant deux mois encore, en le réduisant à deux cuillerées de sirop par jour, et l'on obtint une guérison complète que nous avons eu la satisfaction de constater ultérieurement.

Nous empruntons au SCALPEL de Liège l'observation suivante du docteur Delzenne, dans laquelle l'iode a produit aussi d'excellents résultats :

Mademoiselle Jeanne D..., âgée de 15 ans, est grande, bien développée, jouissant d'un appétit normal. Chez elle, la prédominance du système lymphatique s'est accusée, dès l'âge de 12 ans, par un volume exagéré des amygdales avec catarrhe des trompes d'Eustache, accompagné d'un certain degré de surdité et d'un peu d'écoulement séro-purulent des oreilles, se produisant à époques intermittentes. Ces phénomènes avaient disparu sous l'influence d'un bon régime et de l'usage longtemps soutenu du fer et des sulfureux.

Depuis un an, l'éruption menstruelle se fait avec régularité. Tout semblait marcher à souhait, lorsque, il y a six mois, se déclara un coryza persistant qui, après un mois de durée, donna lieu à un écoulement purulent d'odeur désagréable, fort pénible à supporter, aussi bien pour la jeune malade que pour les personnes qui l'entouraient. On eut de nouveau recours au fer, au soufre sans aucun résultat. L'iodure de potassium fut employé à son tour et sans plus de succès. C'est alors que, tenant compte de l'état de combinaison particulier que présente l'iode dans le *Sirop de Raifort iodé* de Grimault et me rappelant les effets tout particulièrement favorables qu'il m'avait déjà donnés dans plusieurs cas analogues, je résolus de le prescrire.

Je recommande à la jeune malade d'en prendre une cuillerée à bouche, *au milieu* de chaque repas, c'est-à-dire deux par jour. Au bout de huit jours, je fis prendre une troisième cuillerée, au moment du premier repas et voici ce que je pus observer :

Dès le cinquième jour, la sécrétion est aussi abondante,

mais la coloration jaune-soufre a diminué ; l'odeur est moins pénétrante.

Le dixième jour, la sécrétion est presque muqueuse et l'odeur peu appréciable.

A la fin de la troisième semaine, les sécrétions nasales sont normales et l'état général de santé des plus satisfaisants.

Les règles survenues pendant le traitement ont été un peu plus abondantes et nullement douloureuses.

Je conseille de continuer l'usage du sirop de Raifort iodé de Grimault ; pendant un nouveau mois.

Nul doute que l'on éviterait le développement de bien des cas presque incurables de punaisie, si l'on se déterminait à recourir à temps au précieux médicament qui a rendu à Mlle Jeanne D... le service que je viens de signaler.

BIBLIOGRAPHIE.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES DES VOIES URINAIRES, professées à l'hôpital Necker, par J. C. FELIX GUYON.

Si le mérite d'un ouvrage consiste dans son utilité, si sa valeur se cote d'après les services qu'il peut rendre, le livre que vient de publier le professeur Guyon doit être placé au premier rang. Il comble une lacune importante de notre littérature médicale ; c'est un véritable traité de médecine opératoire urinaire ; c'est la technique urinaire, c'est-à-dire l'ensemble des procédés d'explorations et d'opérations communes pratiquant sur l'urèthre et la vessie.

Cet ouvrage est le résultat de la pratique et des observations de M. Guyon dans le service spécial de l'hôpital Necker. Il n'a pas les grandes allures d'un traité proprement dit de pathologie urinaire ; les questions d'histoire et les discussions de doctrine n'y sont traitées qu'incidemment pour laisser la plus large place aux côtés plus pratiques de la ma

nœuvre opératoire et thérapeutique ; c'est, en un mot, une série de leçons cliniques.

Ces leçons ont été comprises et groupées d'une manière particulière. M. Guyon a largement semé ses idées sur des sujets spéciaux de pathologie urinaire dans les nombreux travaux qu'il a inspirés à ses élèves ; aujourd'hui, il publie des *généralités* dont l'ensemble constitue la véritable introduction et l'éducation première indispensables pour la pratique la plus usuelle.

On peut appliquer à l'urèthre ou à la vessie malades les tristes propriétés attribuées par les anciens à la veine porte, *porta malorum* : une exploration intempestive, une intervention malheureuse, quelquefois même la manœuvre la plus raisonnable et la mieux conduite, provoquent dans l'économie une série d'accidents divers dont la gamme s'étend depuis le simple frisson, unique et fugace, jusqu'à la mort rapide par néphrite suppurée ou urémie suraiguë. Le malade urinaire recèle dans ses flancs une mine toujours prête à éclater et dont la plus minime cause peut provoquer l'explosion.

La source de ces dangers, leur nature, les moyens de les prévenir ou de les atténuer, constituent essentiellement les généralités sur les affections urinaires, et comme le dit fort bien l'auteur dans sa préface, " ces difficultés et ces dangers ne sont pas inhérents à tel ou tel point de cette pratique ; on les rencontre en toute occasion. Du danger commun naît une solidarité réelle. C'est le lien puissant qui, au point de vue clinique, unit et tient reliées l'une à l'autre chacune des affections des voies urinaires."

L'ouvrage tout entier est divisé en quatre parties ; nous n'aurons pas la prétention de tenter l'analyse de ce travail ; chaque détail y a son importance, chaque division y est voulue est nécessaire ; l'ensemble de l'œuvre tire sa valeur de la multiplicité des faits et de la richesse des observations.

La première partie comprend l'étude des symptômes fonctionnels : les troubles de la miction bien examinés et justement interprétés ont une importance considérable qu'il faut

savoir utiliser pour le diagnostic ; ils sont en général la première expression symptomatique d'une affection urinaire et leur analyse est du plus grand intérêt.

La seconde partie est consacrée à l'étude des modifications imprimées aux urines par les maladies des voies urinaires. Il ne s'agit pas ici d'un chapitre de chimie biologique mais bien de l'examen clinique des urines étudiées dans leur quantité, leur qualité, le mode et le moment de leur excrétion, avec l'importance et la valeur séméiologique qu'il faut attribuer à chacune de ces circonstances si différentes.

Nous abordons avec la troisième partie les études de l'*empoisonnement urineux*. Cette intoxication spéciale que M. Guyon est très disposé à rattacher, dans la grande majorité des cas, à la résorption directe de l'urine, se traduit par des symptômes bien différents les uns des autres et dont l'analyse exigerait une large place : tantôt, c'est un accès fébrile aigu, franc, à évolution rapide, avec délire, troubles digestifs, respiratoires cardiaques ; tantôt, c'est une série d'accès répétés et prolongés, avec complications digestives, cérébrales, cardio-pulmonaires, rénales ; avec phlegmons et supurations du tissu cellulaire. Dans une autre forme, forme lente, la température est peu élevée, mais les symptômes généraux et les troubles digestifs sont très marqués.

Ces troubles digestifs constituent par eux-mêmes une des formes les plus curieuses et les plus intéressantes de l'empoisonnement urineux : l'aspect de la langue, *la langue urinaire*, l'acidité de la salive, le muguet, la dysphagie buccale, sont autant de signes importants et souvent inconnus d'une affection des voies urinaires. Bien plus, nombre de dyspeptiques, de migraineux, de diarrhéiques, de constipés, ne sont que des *urinaires* s'intoxiquant à petite dose répétée et susceptible d'une guérison définitive, si l'on s'attaque à la cause éloignée de leur mal trop souvent ignorée. C'est, à notre avis, un des côtés les plus intéressants de l'ouvrage que cette étude des formes *larvées* de l'empoisonnement urineux.

Sous le titre de *signes physiques*, la quatrième partie traite

d'une manière complète de l'examen du malade : les renseignements fournis par l'examen direct, des considérations anatomiques et physiologiques sur l'urèthre de l'homme, le cathétérisme explorateur de la vessie et de l'urèthre chez le sujet sain et chez le sujet malade, le cathétérisme évacuateur et modificateur, les injections intra-uréthrales et intravésicales, l'emploi du chloroforme comme adjuvant des manœuvres, constituent une série de chapitres qui, par leur nature, échappent à l'analyse et auxquels nous renvoyons le lecteur. Il y trouvera formulés d'une manière claire et précise les indications, les règles, les dangers du cathétérisme, ce mode précieux de *toucher uréthral et vésical* et il y puisera les éléments d'une pratique utile et innocente.

Le livre du professeur Guyon est un puissant argument contre la tendance trop accentuée de nos jours aux spéculations hâtives ; il démontre mieux que tous les raisonnements la nécessité d'une éducation médicale et chirurgicale complète, indispensable pour aborder avec fruit l'étude d'un point quelconque de la pathologie. Les difficultés de la pathologie urinaire la rattachent d'une manière intime aux principes qui régissent toute pratique chirurgicale et, comme le dit l'auteur, " il faudrait, pour les résoudre, posséder l'éducation la plus générale et réunir en soi toutes les qualités et toute la science du médecin et du chirurgien "

G. BOUILLY.

(Gazette Médicale, 16 avril 1881.)

ANATOMIE GÉNÉRALE

Sur les liquides ovariens normaux et accidentels.

Leçon de M. le Professeur CH. ROBIN, recueillie par M. G. VARIOT, interne des hôpitaux, et revue par le professeur.

Un examen rapide du liquide de l'ovisac contenu normalement dans les vésicules de de Graaf doit logiquement précéder l'étude des liquides se produisant accidentellement dans l'ovaire en quantité parfois assez considérable pour justifier le nom d'hydropisie enkystée que l'on a pu donner à certains kystes ovariens.

Nous devons donc nous occuper d'abord de la composition, du mode de production et du rôle physiologique de l'humeur à laquelle de Blainville a donné le nom d'ovarine. A l'état normale, ce liquide est peu abondant; sa quantité est mesurée par le volume du follicule de de Graaf, qui le renferme; peut-être pourrait-on utiliser, pour en faire une analyse plus complète que celles qui ont été faites jusqu'à présent, les ovisacs des grands mammifères.

Il est facile de constater, en incisant un ovisac, que le liquide qui s'en écoule est à peine visqueux, d'une couleur blanc-jaunâtre albumineuse, analogue à celle du sérum sanguin. Sa réaction est légèrement alcaline. Il renferme une petite proportion de principe coagulable, que l'alcool, la chaleur et les acides, mettent en évidence.

En suspension dans ce liquide on trouve habituellement chez la femme des noyaux et des cellules épithéliales sphériques, dont quelques-unes sont devenues très granuleuses. Ces éléments se sont détachés de la couche épithéliale à laquelle de Barry a donné le nom de tunique ou de couche granuleuse, et qui enveloppe immédiatement l'ovule. Dans certaines espèces animales, chez les rongeurs en particulier, les cellules épithéliales tapissant le follicule de de Graaf ont une forme prismatique et sont quelquefois munies de cils; elles se retrouvent avec ces caractères dans le liquide.

Au reste, l'ovarine est de formation relativement tardive dans le follicule ; l'ovule préexiste : il n'est d'abord enveloppé que par une rangée d'épithélium sphérique.

Au cours du développement, les couches épithéliales se multiplient autour de l'ovule ; celles qui sont directement en contact avec lui donnent naissance par une sorte de sécrétion à la zone pellucide ou membrane vitelline. L'enveloppe de l'œuf appartient aux éléments anatomiques non cellulaires, exocellulaires formés à l'aide et au dépens de principes immédiats fournis par les cellules épithéliales voisines. Par un phénomène de sécrétion du même ordre se développe le liquide de l'ovisac ; lors de sa formation, il écarte les couches épithéliales interposées entre la paroi même du follicule et l'ovule ; il les dédouble en deux zones : l'une tapissant la face interne du follicule, c'est la zone granuleuse ; l'autre, plus spécialement en rapport avec l'ovule, forme le disque prolifère. Cette humeur une fois constituée sert de milieu à l'ovule, comme l'eau sert de milieu à divers êtres, comme l'air forme le milieu complexe dans lequel nous vivons. C'est par son intermédiaire que l'ovule emprunte ou rejette les matériaux d'assimilation et de désassimilation qui lui sont nécessaires pendant la durée de son développement jusqu'à sa maturité. On peut admettre, avec de Blainville, que l'ovarine a pour usage de déterminer par une action toute mécanique (en augmentant de quantité) la rupture de la vésicule qui la renferme, afin de donner issue au germe suspendu dans l'humeur et de faciliter son introduction dans la trompe. Selon toute probabilité, ce fluide, après avoir humecté la trompe, tombe dans le péritoine ; mais sa quantité est trop faible pour y déterminer un accident quelconque, du moins à l'état normal.

Les liquides ovariens qui peuvent se développer accidentellement doivent être divisés en deux groupes, correspondant le plus souvent chacun à une disposition anatomique particulière de la poche kystique qui les contient.

Dans un premier groupe se rangent les liquides toujours fluides, coulant facilement, mais parfois un peu filants, d'une

consistance oléagineuse ou sirupeuse. Leur mode de production est analogue à celui de l'ovarine des follicules de Graaf. Ils sont contenus en effet dans des kystes uniloculaires, en général, dont la face interne lisse est revêtue d'une couche discontinue d'épithélium pavimenteux.

Dans certains cas, à la suite d'hémorragies ou par le fait de la présence de saillies, de végétations rougeâtres à l'intérieur de la poche, l'épithélium peut avoir disparu. Ces kystes semblent résulter d'une dilatation des ovisacs, dont la paroi s'est hypertrophiée et en même temps plus ou moins modifiée. A ce premier groupe des liquides fluides doit être également rattachée l'humeur des kystes extra-ovariens, attendant soit à l'une des franges du pavillon, soit à l'organe de Rosenmüller, dans le ligament large.

On doit placer dans un deuxième groupe des liquides, ou plutôt des substances visqueuses tenaces comme l'humeur vitrée s'étirant en longs filaments glutineux. Ces liquides sont fournis par des tumeurs kysteuses dites aréolaires ou multiloculaires.

Les recherches de Fox ont permis de comprendre d'une façon très satisfaisante le mode de développement de ces tumeurs. Cet auteur a montré que la production des cavités souvent très multipliées des kystes aréolaires était due à un processus du même ordre que celui qui préside à la formation des ovisacs, processus bien connu depuis les travaux de Valentin de Pflüger et de Vooldeyer ; en d'autres termes par un retour de certaines parties de l'ovaire à l'état embryonnaire. On voit de la paroi des vésicules déjà devenues kystiques se détacher un ou plusieurs bourgeons tubuleux (tubes de Pflüger), qui gagnent dans la substance de l'ovaire. Ces prolongements s'isolent de la vésicule originelle, s'accroissent ensuite individuellement et peuvent donner naissance à de nouveaux bourgeons. Tous ces prolongements s'étranglent de distance en distance, de manière à former une suite de cavités closes dont l'agglomération constitue la masse du kyste aréolaire. La paroi très mince de ces kystes est ordinairement tapissée par

un épithélium d'abord nucléaire qui devient ensuite prisma-tique. Très fréquemment ces cellules épithéliales sont chargées de granulations graisseuses ou sont creusées d'excavations, de vacuoles qui leur donnent un aspect caractéristique. Telle est l'origine et la nature de la paroi sécrétante.

Revenons sur les principaux caractères de ces deux sortes de liquides.

Parmi les liquides du premier groupe on en distingue une première variété étudiée par M. Papillon et qui est remarquable par la petite quantité de principes coagulables et cristallisables tenus en dissolution. Aussi ces liquides sont mobiles sans viscosité, clairs, incolores, d'une densité très faible 1006 (Méhu). Leur réaction est neutre ou légèrement alcaline. Parfois ils sont un peu troublés par des cellules épithéliales en suspension ou par des sympexions qui ont de 5 à 10 centièmes de millimètres, avec un contour net, assez régulièrement sphérique. Ces corps ont une consistance cireuse, s'écrasent facilement, ou éclatent d'espace en espace sur leur périphérie. Souvent ces liquides sont dépourvus de graisse, de fibrine et d'*albumine*, ou ils n'en contiennent qu'une petite quantité.

Dans le premier groupe correspondant aux kystes uniloculaires, nous trouvons une deuxième variété de liquides, plus ou moins filants, parfois de consistance oléagineuse ou sirupeuse, mais coulant encore facilement, moussant quand on les agite.

La coloration offerte par ces humeurs est assez différente suivant les cas ; tantôt d'une teinte jaune citrine à la première ponction, elles peuvent devenir rougeâtres par le mélange des hématies lors d'une seconde évacuation du kyste. On peut en rencontrer de troubles, grisâtres ou bien encore d'un ton chocolat ou de café torréfié. Leur réaction est alcaline, leur densité varie entre 1009 et 1018.

Soit en suspension, soit mieux encore dans le dépôt de ces humeurs obtenu par le repos, on trouve ordinairement des cellules épithéliales presque toujours pavimenteuses comme

celles qui tapissent la paroi du kyste ; isolées ces cellules prennent une forme sphérique et sont creusées habituellement de vacuoles qui les déforment et donnent à ces éléments l'aspect remarquable que nous avons déjà indiqué. Des leucocytes d'apparence normale ou devenus granuleux coexistent en plus ou moins grand nombre. Signalons encore des gouttellettes de graisse et des cristaux de cholestérine qui déterminent une certaine opacité. Dans les humeurs présentant assez fréquemment une teinte brune, on distingue des hématies, qui n'étant plus en contact avec l'oxygène, sont devenues sphériques et framboisées. Lorsque les kystes sont plus anciens, le contenu est plus épais et d'une couleur de café torréfié due à la présence de grains d'hématosine agglomérés, la matière colorante se détruisant plus lentement que la matière azotée des globules rouges.

On conçoit que la composition chimique de ces divers liquides doit varier beaucoup ; nous ne pouvons pas entrer dans tous les détails que le sujet comporte, nous nous bornerons seulement à quelques indications.

L'action de la chaleur et de l'acide acétique de l'alcool produit un précipité abondant comme dans la sérosité de l'ascite ; ces moyens seront donc insuffisants pour distinguer les sérosités d'origine péritonéale et ovarique. Les principes coagulables ainsi obtenus seraient en grande partie formés d'un mélange de métalbumine et de paralbumine. Nous allons revenir sur ces deux substances.

Dans un tableau extrait d'un travail de M. Méhu, nous relevons, en abrégé, les résultats suivants :

Densité	Résidu sec total	Matière albumineuse	Matière minérales anhydres
	p. 1000	p. 1000	p. 1000
1,014 à . .	42 à . . .	34,7 à . . .	8, 1 à . . .
1,020	59	51	8

Il nous reste à parler des liquides du 2^e groupe fournis par des kystes multiloculaires.

Ils sont en général incolores ou grisâtres, tenaces et vis-

queux, semblables à du mucus demi-concret ; aussi n'est-il pas rare que leur écoulement par le trocart soit difficile lors de la ponction. Suivant la remarque de M. Méhu, on peut parfois soulever la masse entière avant qu'elle s'effile. Sous le microscope cette matière offre l'état strié du mucus demi-solide, elle est parsemée de plaques grisâtres et de granulations ; enfin, elle contient des cellules épithéliales, prismatiques ou pavimenteuses, souvent creusées d'excavations ou chargées de granules graisseuses.

M. Méhu a constaté que cette matière visqueuse avait une densité de 1,024 à 1,030 et fournissait un résidu sec total variant de 89 à 110 p. 1000 parties de liquide.

Les principes coagulables, très abondants dans ce résidu fixe, sont formés de deux matières albuminoïdes, comme nous l'avons déjà énoncé plus haut ; la métalbumine et la paralbumine. C'est à cette dernière que les liquides de ce groupe sont redevables de leur viscosité spéciale.

Nous ne pouvons mieux faire que d'emprunter à M. Méhu les caractères communs et les caractères distinctifs de ces deux substances.

Précipitées par la chaleur et l'acide acétique ou par l'addition de quatre fois le volume d'alcool, la paralbumine et la métalbumine, séparées par filtration et séchées, sont susceptibles de se redissoudre dans l'eau pure, ce qui n'arrive pas avec l'albumine de l'œuf ou du sérum. Ce caractère leur est commun avec la mucine, mais celle-ci est précipitée par simple addition d'acide acétique.

D'autre part, le sulfate de magnésie précipite la métalbumine et ne précipite pas la paralbumine.

La paralbumine donne une solution visqueuse qui se laisse étirer en longs filaments ; la métalbumine donne une solution oléagineuse. La métalbumine des kystes ovariens est identique avec l'hydropisine (Robin), qu'on retrouve dans quelques sérosités de l'ascite. La séparation de la paralbumine et de la métalbumine ne paraît pas avoir été effectuée d'une manière complète ; nous n'en connaissons pas exactement les propor-

tions relatives. Un dosage précis des sels d'origine minérale et des principes d'origine organique, cristallissables, reste également à faire. En épuisant par l'éther le résidu sec de l'évaporation de ces kystes, M. Méhu est parvenu à en extraire une petite quantité de matières grasses.—(*Gazette Médicale de Paris*, 28 Mai 1881.)

G. VARIOT.

A la dernière convocation du Sénat de l'Université Victoria, à Cobourg, en mai dernier, M. le docteur d'Orsonnens a été honoré du titre de Docteur ès-Lettres en même temps qu'il recevait le diplôme de Maître en Chirurgie.

Les anciens élèves de l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal qui ont obtenu leur licence du Bureau Médical, avant l'affiliation de leur *Alma Mater* à l'Université Victoria, peuvent obtenir le diplôme de cette dernière en présentant une thèse à l'École et payant les honoraires exigés dans cette circonstance.

DÉCÈS.

A Longue Pointe, le 4 de juillet, à l'âge de 32 ans et 5 mois, Marie-Jeanne-Bibiane Morin, épouse de E. E. Duquet, M. D.

Le même jour, Marie-Jeanne Ivonne, fille de E. E. Duquet, M. D., à l'âge de 10 jours.

—A Sainte-Anne de Bellevue, comté de Jacques-Cartier, le 9 juin 1881, à l'âge de trente-neuf ans et deux mois, Dame Marie-Luce Henriette Picanlt, épouse de Louis-Gustave Verneuil de Lorimier, M. D.

Son service a été chanté à Sainte-Anne de Bellevue, par le Bénédictin G. Chevrefils, curé de l'endroit.

A l'issue du service le corps fût transporté à Montréal où il fût enterré dans le caveau de la famille.

Le concours nombreux d'amis qui s'est uni à la famille, pour accompagner le convoi jusqu'au cimetière, témoigne des regrets causés par cette mort prématurée et par le souvenir des qualités de la défunte. Puissent ces marques de sympathie et d'amitié apporter quelque soulagement à la douleur bien légitime de sa famille.

R. I. P.